

**Travail de Bachelor**

**Familles et risque de suicide**

Approche en soins infirmiers

Revue de la littérature

Réalisé par : Léa Mottet

Promotion : Bachelor 12

Sous la direction de : Monsieur Aziz Salamat

Sion, le 15 juillet 2015

## **Table des matières**

<b><u>1</u></b>	<b><u>Résumé .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>Déclaration.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>Introduction et problématique :.....</u></b>	<b><u>5</u></b>
3.1	Explication de l'importance du problème :.....	5
3.2	Définition générale du problème : .....	6
3.3	Question de recherche :.....	7
3.4	But de la recherche :.....	7
<b><u>4</u></b>	<b><u>Cadre de références.....</u></b>	<b><u>8</u></b>
4.1	Systémique familiale : comment fonctionne une famille ? .....	8
4.2	Cadre médico-légal.....	10
4.3	Soins infirmiers face au risque de suicide d'un descendant dans une famille.....	11
4.3.1	Soins infirmiers au descendant à risque de suicide.....	11
4.3.2	Soins infirmiers à la famille dont un descendant est à risque de se suicider .. .....	15
<b><u>5</u></b>	<b><u>Méthode.....</u></b>	<b><u>21</u></b>
5.1	Devis de recherche.....	21
5.2	Collecte des données .....	21
5.3	Sélection des données.....	22
5.4	Pyramide des preuves .....	24
5.5	Considérations éthiques .....	24
5.6	Analyse des études .....	26
<b><u>6</u></b>	<b><u>Résultats : analyse des études sélectionnées .....</u></b>	<b><u>26</u></b>
6.1	Description étude 1 «Depressed and suicidal loved one at home» .....	26
6.1.1	Validité méthodologique étude 1 «Depressed and suicidal loved one at home » .....	27
6.1.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 1 «Depressed and suicidal loved one at home » .....	28
6.2	Description étude 2 « The burden » .....	28
6.2.1	Validité méthodologique étude 2 « The burden » .....	29
6.2.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 2 « The burden ».....	29
6.3	Description étude 3 « Experiences of parents » .....	30
6.3.1	Validité méthodologique étude 3 « Experiences of parents ».....	31
6.3.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 3 « Experiences of parents ».....	31
6.4	Description étude 4 « Strategies used by families » .....	32
6.4.1	Validité méthodologique étude 4 « Strategies used by families ».....	33

6.4.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 4 « Strategies used by families » .....	33
6.5	Description étude 5 « Nursing assistance » .....	34
6.5.1	Validité méthodologique étude 5 « Nursing assistance » .....	35
6.5.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 5 « Nursing assistance » .....	35
6.6	Description étude 6 « Short-term effects suicide education intervention » .....	36
6.6.1	Validité méthodologique étude 6 « Short-term effects suicide education intervention » .....	37
6.6.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 6 « Short-term effects suicide education intervention » .....	38
6.7	Description étude 7 « Parents-Care » .....	38
6.7.1	Validité méthodologique étude 7 « Parents-Care » .....	39
6.7.2	Utilité pour la pratique professionnelle étude 7 « Parents-Care » .....	40
6.8	Synthèse des principaux résultats .....	40
<b>7</b>	<b><u>Discussion .....</u></b>	<b><u>41</u></b>
7.1	Discussion des résultats .....	41
7.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des résultats .....	42
7.3	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	43
<b>8</b>	<b><u>Conclusion .....</u></b>	<b><u>43</u></b>
8.1	Propositions pour la pratique .....	43
8.2	Propositions pour la formation .....	45
8.3	Propositions pour la recherche .....	46
<b>9</b>	<b><u>Références bibliographiques .....</u></b>	<b><u>47</u></b>
<b>10</b>	<b><u>Annexes .....</u></b>	<b><u>51</u></b>

# 1 Résumé

L'organisation mondiale de la santé annonce que le suicide est évitable et qu'une personne se suicide dans le monde toutes les 40 secondes (OMS, 2014, p.2-3). En Valais, il y aurait en moyenne un suicide par semaine et environ dix fois plus de tentatives de suicide. Dans les milieux de la santé et du social, l'infirmière peut donc être confrontée au risque suicidaire. Cette revue de la littérature a pour but d'identifier les soins infirmiers aux familles dont un descendant est à risque de se suicider pour prévenir une tentative de suicide. Les principales bases de données consultées sont CINAHL et Pubmed, avec les critères d'inclusion : avoir été publié de 2009 à 2014 ; présence, dans au moins une famille, d'un descendant à risque de suicide ou ayant commis une tentative de suicide. Les études traitant uniquement de suicide abouti sont exclues.

Les principaux soins infirmiers identifiés sont : outils (Beck, génogramme, écocarte), création d'un réseau de sécurité, enseignement, programme de prévention, collaboration dans les stratégies de prévention du suicide. L'ouvrage de Townsend réalisé au Québec propose un enseignement à ces familles. A Taiwan, des études réalisées par des infirmières ont testé des programmes d'éducation et un outil d'évaluation de compétences de ces familles. En Valais, l'infirmière peut collaborer avec le Réseau Entraide Valais qui coordonne les institutions et les ressources associatives dans le but de répondre aux situations de détresse. Finalement, les diverses approches pour prévenir le suicide, dont celle des soins infirmiers, sont complémentaires (OMS, 2014, p.11).

**Remarques** : Dans ce travail, le symbole \* signifie qu'une définition du mot ou de l'ensemble de mots est proposée dans les glossaires. Le terme « infirmière » s'applique aux infirmiers.

**Mots-clés** : suicide, tentative de suicide, prévention, famille, adolescent.

## 2 Déclaration

*« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de santé de Sion.*

*L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.*

*De plus, l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.*

*L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».*

Lieu et date :

Signature :

### 3 Introduction et problématique :

#### 3.1 Explication de l'importance du problème :

« Dans la Grèce antique, le suicide était un délit... Au Moyen-Age, le suicide était considéré comme un acte égoïste ou criminel » (Townsend, 2010, p.459). Pendant des siècles, le suicide a été condamné et stigmatisé par les religions monothéistes croyant en un Dieu créateur (Satet, 2009, p.33). « En 1995, le pape Jean-Paul II a réitéré l'opposition de l'Eglise au suicide » (Townsend, 2010, p.459). Actuellement, dans certains pays, le suicide est encore illégal (OMS, 2014, p.7). Pourtant, des cas de suicide sont reportés chaque jour, tant dans les faits divers qu'en première page, comme par exemple le décès de Robin Williams en août 2014. Le nombre de cas de suicide et les répercussions sur les familles sont tels que, le 4 septembre 2014, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a présenté un rapport encourageant la prévention du suicide et décrétant un état d'urgence mondiale (OMS, 2014, Prévention du suicide). Ce rapport indique qu'une personne se suicide dans le monde toutes les 40 secondes. En outre, les tentatives de suicide sont encore plus nombreuses (OMS, 2014, p.3).

En 2012, le taux mondial de suicide est estimé à 11.4 pour 100 000 personnes (OMS, 2014, p.7). Selon l'OFS (Office Fédéral de la Statistique), le taux de suicide en Suisse en 2012 se situe environ autour de 11.1 pour 100 000 personnes (OFS, 2014, taux de suicide). Il y a donc une amélioration de la situation puisque le taux de suicide en Suisse en 2000 est estimé à 19.2 pour 100 000 personnes.

Cependant, le rapport répondant au postulat Widmer sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse réalisé par l'OFS (2005) annonce qu'il n'existe pas de programme national de prévention du suicide en Suisse bien que l'OMS et les Nations Unies incitent les pays à en développer un (p.4-5). Ce rapport (2005) déclare que « Suicide et tentatives de suicide ne sont pas des problèmes limités au seul individu, mais un thème relevant de la santé publique, et leur prévention représente un enjeu pour la société toute entière » (p.5). Il n'y a, en effet, pas que les facteurs individuels (psychiques, biologiques, expériences) qui entrent en compte lors de suicide ou de tentative de suicide (OFS, 2005). Les conditions familiales et environnementales ont également une influence (Marcelli, 2001, p.166). Voilà pourquoi les services de santé ne peuvent pas à eux seuls diminuer le taux de suicide d'un pays (OFS, 2005, p.7).

De plus, la police valaisanne dénombre durant l'année 2014, dans le canton du Valais, 63 suicides signalés ainsi que 140 tentatives de suicide signalées (Police Valais, 2015, statistiques).

En ce qui concerne les adolescents et les jeunes adultes, l'OMS et l'OFS fournissent des statistiques sur le nombre de cas de suicide de cette population. « Dans le monde, parmi les jeunes adultes âgés de 15 à 29 ans, le suicide... arrive en deuxième position des causes de mortalité... » (OMS, 2014, p.22). En Suisse, selon l'OFS (2014), le suicide et les accidents représentent en 2012 la principale cause de décès chez les hommes de 12 à 46 ans et chez les femmes de 16 à 36 ans (p.1). Mise à part les situations de crise, les maladies graves et la prise de substances psychotropes, les adolescents et les jeunes adultes peuvent rencontrer certaines difficultés qui interviennent de façon marquée dans la tentative de suicide comme « les difficultés de passage à l'âge adulte... et d'intégration dans la société... mais aussi des facteurs sociaux et des problèmes financiers... » (OFS, 2005, p.19).

### 3.2 Définition générale du problème :

Ce travail porte sur le risque de suicide et la tentative de suicide. Lorsqu'une personne a tenté de mettre fin à ses jours, elle sera plus encline à récidiver, comme relevé dans cette information publiée sur le site de l'OMS :

Il est essentiel que ceux qui ont déjà essayé de mettre fin à leurs jours bénéficient d'un suivi par les agents de santé (y compris par téléphone et dans le cadre de visites à domicile) ainsi que d'un soutien communautaire, car ils risquent davantage de faire de nouvelles tentatives. (OMS, 2014, Le suicide est évitable)

Le rapport sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse (2005) confirme qu'« une tentative de suicide est le plus grand facteur de risque de suicide ultérieur (p.38) ». De plus, ce travail n'est pas centré sur une population souffrant d'un trouble psychique en particulier. Le rapport sur le suicide et la prévention du suicide en Suisse (2005) affirme que « au contraire des suicides, pour lesquels on constate des antécédents de troubles psychiques [dépression, toxicomanie, alcoolisme, schizophrénie, etc.] dans près de 90% des cas, le lien avec une maladie psychique est moins évident dans le cas des tentatives (p.19) ».

Selon Bell et al. (1995) « la famille influence de façon importante des attitudes et des comportements d'un individu face à la santé » (p.14). En outre, des études révèlent qu'une famille souffre de la situation de risque de suicide d'un de ses descendants (Buus,

2014 ; McLaughlin, 2014 ; Nosek, 2008). Bee et Boyd (2008) rappellent que « la structure familiale constitue toujours un élément important dans la vie de l'adolescent » (p.277). Ils (2008) mettent également en évidence que les interactions au sein d'une famille offrant du soutien protègent les enfants et les adolescents (p.233). Ainsi, l'intervention au sein même des familles dont un descendant risque de se suicider pourrait être une stratégie de prévention du suicide (Buriola, 2011). Cette famille peut donc être considérée de deux façons, d'une part comme une unité à soigner car ébranlée par un risque de suicide et, d'autre part, comme un facteur de protection d'une tentative de suicide.

Par ailleurs, au cœur du système de santé suisse se trouvent les infirmières. L'évaluation des besoins en prévention des personnes soignées et de leurs proches fait partie de leurs compétences (Coresloc, 2013). Elles veillent non seulement à la qualité de vie du patient mais aussi à celle de leur entourage et tous deux sont intégrés dans le projet de soin. Elles auraient donc un rôle actif à jouer dans la prise en charge des familles dont un descendant risque de se suicider. Toutefois, les infirmières peuvent rencontrer des difficultés à prendre en charge ces familles (Buriola, 2011). Des raisons expliquant ces difficultés sont citées dans l'analyse et le tableau de recension d'une des études de ce travail. Cela se constate également en Suisse romande par la mise en place à Lausanne de formations complémentaires professionnelles (<http://www.revs.ch/fr/envie-d-aider/formation/formation-0-115>) ayant lieu entre 2014 et 2015 pour faire face au risque de suicide.

### 3.3 Question de recherche :

Cette recherche vise à découvrir de quelle manière une infirmière peut venir en aide aux familles dont un descendant est à risque de se suicider en intégrant l'expérience vécue par ces familles. La question de recherche est donc : quels soins l'infirmière peut-elle apporter à la famille dont un descendant est à risque de se suicider dans le but de prévenir une tentative de suicide ?

### 3.4 But de la recherche :

Cette recherche a pour but d'identifier les différents soins que les infirmières pourraient apporter aux familles dont un descendant est à risque de se suicider en intégrant leur expérience vécue. La notion de descendant signifie que les parents sont plus âgés que cet individu, qu'ils ont une responsabilité envers lui ou qu'ils se sentent responsables de lui. Il s'agit donc d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes.



## 4 Cadre de références

### 4.1 Systémique familiale : comment fonctionne une famille ?

Kozier, Erb, Berman et Snyder (2012) donnent une définition de la famille et des soins infirmiers aux familles :

Elle [la famille] se compose de personnes unies par des liens affectifs solides et un sentiment d'appartenance durable. Autrement dit, « tout groupe qui se reconnaît comme une famille est une famille » (Wright et Leahey, 2007, p.63). Les soins infirmiers axés sur la famille considèrent la famille comme une unité de soins. Ils tiennent compte des interactions entre les membres d'une famille ainsi qu'entre la famille et la santé, reconnaissant l'influence de la famille sur la santé et les répercussions d'un problème de santé sur chaque membre de la famille. (p.236)

Pour comprendre comment fonctionne une famille, Wright et Leahey (2007) présentent l'idée d'Allmond, Buckman et Gofman. Ils proposent de voir la famille comme un mobile suspendu. Quand un des éléments du mobile bouge, tous les autres éléments se mettent en branle suivant leur poids et leur distance par rapport à cet élément, jusqu'à ce qu'un équilibre soit atteint et que tout redevienne stable. Dans ce mobile, chaque élément a sa place et permet à l'ensemble de rester en équilibre. Cette analogie permet d'étudier la famille comme une unité dont les membres interagissent (p.29).

« Le système familial comprend de nombreux sous-systèmes et il s'inscrit dans des suprasystèmes » (Wright & Leahey, 2007, p. 29).

Chaque personne de la famille est déjà un système. Une association des éléments du système crée un sous-système. La fratrie est un exemple de sous-système. Le système famille fait ensuite partie de différents suprasystèmes. Les suprasystèmes peuvent être, par exemple, un club de sport, le voisinage, la communauté religieuse,... Il existe des systèmes dont les frontières ne sont pas physiques et qui regroupent les personnes ayant les mêmes croyances, habitudes de vie, idée... Un système a donc des frontières qui permettent de déterminer qui en fait partie et qui n'en fait pas partie. Une famille régule elle-même la perméabilité de ses frontières. Ainsi, l'observation de la structure physique d'une famille et la connaissance de ses croyances donnent une partie de son identité propre.

« Le tout constitué par la famille est plus grand que la somme de ses parties » (Wright & Leahey, 2007, p. 31-32).

Ce concept signifie que dans le tout constitué par la famille se trouvent aussi les relations et les interactions entre les membres de la famille. Voilà pourquoi le tout est un ensemble plus riche à évaluer que l'addition de chaque membre séparément. L'intervention systémique familiale de l'infirmière concerne tous les membres. Ainsi, l'infirmière peut aussi bien rencontrer les membres séparément, en sous-système (par exemple les parents) ou en famille.

« Tout changement qui se produit chez l'un des membres de la famille touche tous les autres membres » (Wright & Leahey, 2007, p. 33).

Pour comprendre ce concept, il est utile de présenter un exemple. Dans une famille de deux enfants, la mère fait un AVC avec paraplégie complète. Lors du retour à domicile de la mère, l'adolescent de 16 ans devra aider à préparer les repas, le père qui avait un temps partiel, devra travailler à temps plein pour compenser la diminution des revenus dû à la perte du salaire de l'épouse. Le jeune adulte de 20 ans viendra peut-être plus souvent chez ses parents pour aider aux tâches ménagères. Cet exemple montre que chaque membre d'une famille est influencé par la maladie ou le changement de comportement d'un autre membre, que ce soit au niveau personnel, professionnel, social, amical, émotionnel, etc. L'infirmière peut donc intervenir au niveau individuel dans la prise en charge des familles dont un descendant est à risque de se suicider. Elle pourrait mettre en place une prise en charge spécifique et individuelle au membre qui risque de se suicider, ce qui aurait déjà un impact sur les autres membres de la famille.

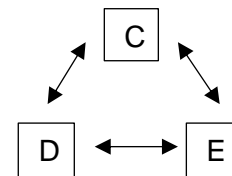
« La famille est apte à maintenir un équilibre entre changement et stabilité » (Wright & Leahey, 2007, p. 33).

Une famille dont un membre est atteint d'une maladie chronique\*, comme le trouble bipolaire\* par exemple, fait face aux fluctuations et à l'évolution de cette maladie. Si l'état de santé de la personne malade se péjore, la famille a besoin d'une période d'adaptation et atteindra ensuite une nouvelle stabilité, différente de celle dans laquelle elle vivait avant cette péjoration. Ce concept valorise les compétences de ces familles et met en évidence les solutions de celles-ci.

« Les comportements des membres de la famille se comprennent mieux à la lumière du principe de causalité circulaire que du principe de causalité linéaire » (Wright & Leahey, 2007, p. 34).

Le principe de causalité linéaire affirme qu'un évènement A fait suite à un autre évènement B uniquement dans un sens : A puis B. Par exemple, quand il est midi, la famille se réunit pour le dîner. Le principe de causalité circulaire met en évidence les interactions entre les individus de la famille. Par exemple, un père s'intéresse à la journée scolaire de son enfant de 10 ans (évènement C). Ce dernier aura du plaisir à susciter de l'intérêt et racontera ses progrès et ses aventures de la journée (évènement D). Suite à cela, le père prendra sûrement l'habitude de questionner son enfant au vue de l'enthousiasme provoqué, et l'enfant, heureux de capter l'attention de son père, continuera de lui narrer sa journée. Autrement dit, C influence D, mais D influence aussi C.

Exemples : causalité linéaire :  $A \rightarrow B$ , causalité circulaire :



Lors d'une rencontre avec la famille, si l'infirmière fait une approche de type linéaire, elle obtiendra des descriptions de la famille et des faits. L'avantage des questions de type circulaire réside dans le fait qu'elles peuvent être à l'origine d'un changement de comportement d'un ou de plusieurs membres de la famille. En effet, elles mettent en évidence aux yeux des membres l'influence de leur comportement sur un autre proche.

Pour conclure ce chapitre sur la systémique familiale, l'infirmière peut non seulement identifier une famille grâce à des critères définis mais aussi la prendre en charge en tant qu'une unité de soin.

## 4.2 Cadre médico-légal

Quand une famille se trouve dans la situation où l'un de ses descendants est à risque de se suicider, l'infirmière qui la prendra en charge devra considérer certains éléments médico-légaux.

Tout d'abord, « toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession... en relation avec des enfants..., a connaissance d'une situation de mise en danger du développement d'un enfant, et qui ne peut y remédier par son action, doit aviser son supérieur ou, à défaut, l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte. » (Art. 54 de la loi

*valaisanne en faveur de la jeunesse du 13 juin 2014 (=RS/VS 850.4)).* L'infirmière qui observerait un risque de suicide chez un jeune a donc le devoir de le signaler.

De plus, dans tous les cas de tentative de suicide de mineur, Charazac-Brunel (2002) souligne l'importance de la recherche d'abus sexuel ou d'inceste au sein des familles (p.115). « Les abus sexuels représentent un facteur de risque important » et font aussi partie des facteurs de risque de suicide intrafamiliaux (Charazac-Brunel, 2002, p.132-133).

En outre, « si la famille est réellement destructrice, surtout dans des situations de violences physiques ou psychiques et de refus de soin et de prise en charge du suicidant, il devient impératif... de sortir le suicidant du milieu relationnel familial... » (Charazac-Brunel, 2002, p.205). Cette décision d'intervention en milieu familial peut être prise par un juge (Charazac-Brunel, 2002, p.205). Ce sont des situations auxquelles une infirmière pourrait être confrontée.

Par ailleurs, l'infirmière ne doit pas rester seule avec un patient à risque de suicide même s'il est majeur (18 ans révolus), et doit rentrer en contact avec un centre psychiatrique (G. Bondolfi, communication personnelle [Présentation Powerpoint], 30 janvier 2004). Enfin, l'infirmière doit tenir à jour le dossier du patient. Ce dossier contient les éléments qu'elle a observé, les actions qu'elle a entreprises et les réactions du patient (Townsend, 2010, p.101). « La qualité des notes au dossier est primordiale et, dans l'éventualité d'un litige, ces notes constituent souvent la seule *mémoire* des infirmières » (Townsend, 2010, p.101).

## 4.3 Soins infirmiers face au risque de suicide d'un descendant dans une famille

### 4.3.1 Soins infirmiers au descendant à risque de suicide

Après avoir pris en compte les aspects médico-légaux, l'infirmière dispose de différents outils et de connaissances pour prendre en charge un descendant qui risque de se suicider.

#### 4.3.1.1 Identifier une tentative de suicide

Il existe différentes définitions de la tentative de suicide. Bien que la CIM 10 (1993) ne donne pas de définition, elle indique qu'elle fait partie des « antécédents personnels de lésions auto-infligées » Z91.5 (p.1263). La DSM-5, Section III, « Conditions for Further Study », propose la définition suivante : « une tentative de suicide est une séquence de comportement initiée par un individu lui-même qui, au moment d'agir, s'attend à ce que le

résultat de ses actions aboutisse à sa propre mort » (DSM-5, 2013, traduction libre, p.801). Par ailleurs, l'OMS (2014) la définit comme « tout comportement suicidaire non mortel et... acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas » (p.12).

De plus, deux situations radicalement différentes peuvent être considérées comme des authentiques tentatives de suicide. Un garçon de six ans désespéré, à qui on a affirmé que les vaches mangeaient les enfants, s'est un jour volontairement couché dans un pré de vaches, en étant convaincu qu'il allait mourir au moment où l'une d'entre elles s'est approchée de lui. Cet événement est considéré comme une tentative de suicide, au même titre qu'une tentative par ingestion de médicaments (Charazac-Brunel, 2002, p.115-116). Il peut donc être difficile d'identifier cet événement que Marcelli (2001) nomme un « flou identificateur » (p.148). Finalement, le fait que les tentatives de suicide ne soient pas toujours signalées complique encore leurs identifications. En effet, comme l'OMS (2014) se base sur les auto-déclarations de comportement suicidaire et sur les dossiers médicaux au sujet des traitements des auto-agressions pour obtenir un taux de tentative de suicide (p.25), cela exclu les tentatives non signalées.

#### **4.3.1.2 Signes annonciateurs**

L'infirmière peut observer des signes annonciateurs d'une intention suicidaire avant même que survienne une tentative de suicide, lorsque quelqu'un :

fait des commentaires directs ou indirects sur la « non-existence » (par ex : « Je ne vais pas souffrir plus longtemps. ») ; abandonne ce qu'il possède d'important... ; écrit des « lettres d'adieux » avec des « adieux » énoncés clairement ; fait un testament ou une donation ; montre une augmentation incongrue de l'humeur, un sentiment de paix intérieure et un détachement vis-à-vis des autres ; met en ordre ses affaires financières et autres ; annule abruptement des rendez-vous sous la pression de circonstances mystérieuses, sans raisons apparentes. (Bondolfi, communication personnelle [Présentation PowerPoint], 30 janvier 2004).

De plus, Maja Perret-Catipovic (2004) énumère les signes alertant que l'adolescent pourrait mettre sa vie en danger :

- le fait de parler de ses envies de suicide,

- plusieurs ruptures de liens comme par exemple l'absence du meilleur ami qui venait régulièrement à la maison, l'isolement, l'abandon d'une activité appréciée sans être remplacée, le mutisme,...
- la difficulté à prendre soin de soi-même (p.62-64).

Selon Charazac-Brunel (2002), huit suicidants sur dix montrent des signes annonciateurs qui sont la plupart du temps mal interprétés (p.119). D'ailleurs, Marcelli (2001) affirme qu'« en matière de suicide, la prévention commence avec la reconnaissance du risque suicidaire » (p.231).

#### **4.3.1.3 Evaluer le risque de suicide**

Lorsque les signes annonciateurs ont été repérés, le risque de suicide peut être évalué. Charazac-Brunel (2002) définit 5 niveaux de risque de suicide : « l'idée de suicide... Le fantasme de passage à l'acte suicidaire... Le désir de suicide est clairement exprimé... Le désir passe à l'intentionnalité claire... Le suicide est programmé ou le risque paraît imminent » (p.202-203). Cette auteure (Charazac-Brunel, 2002, p.203) signale que la famille peut surestimer ou sous-estimer ce risque, soit par difficulté de discernement, soit par crainte du regard de la société.

Townsend (2010) signale que « la crise suicidaire est le résultat d'un long processus où l'idée du suicide s'impose de plus en plus » (p.465). De plus, sachant qu'une tentative de suicide antérieure est un facteur de risque de suicide (Townsend, 2010, p.464), le risque de suicide est aussi à évaluer après une tentative de suicide.

Il existe des outils psychométriques comme l'inventaire de la dépression de Beck, qui estime l'intensité de la dépression, et l'échelle de désespoir de Beck qui aurait une « valeur prédictive dans les tentatives de suicide » (Bouvard, 2010, p.203-207). Ces échelles, présentées en annexe, garantissent également un suivi écrit et objectif de la personne et donc une sécurité légale. Elles sont insérées dans le dossier du patient.

Pour évaluer la planification suicidaire, l'infirmière peut utiliser l'acronyme COQ qui signifie : comment, où, quand (Townsend, 2010, p.465). Autrement dit, elle demande au patient s'il sait comment, à quel endroit et à quel moment il veut se suicider. Cela lui permet de mettre en place des mesures de sécurité autour de ce patient, tout en lui montrant que sa détresse est prise au sérieux.

Il est important de préciser que les moyens utilisés pour mourir n'ont pas tous la même létalité. La personne qui désire mourir peut d'ailleurs mal évaluer la létalité de son moyen. En effet, « certains gestes réalisés sans véritable désir de mourir peuvent avoir

des conséquences fatales parce que l'adolescent aura mal évalué la dangerosité de son acte » (Marcelli, 2001, p.153).

#### **4.3.1.4 Troubles psychiatriques et autres diagnostics**

Selon Marcelli (2001), toute pathologie ayant comme manifestation possible la tentative de suicide nécessite d'être reconnue et prise en charge pour une bonne prévention (p.232).

Tout d'abord, l'insomnie\* et la maladie chronique\* sont liés à un risque de suicide important (Townsend, 2010, p.462).

Les troubles psychiatriques qui représentent des facteurs de risque de suicide sont l'abus d'alcool ou de drogue, la dépression\*, la schizophrénie\* et le trouble bipolaire\* (Doenges, 2012, p.906). De manière globale, les personnes souffrant de troubles de l'humeur\*, d'anxiété, de toxicomanie\* et de trouble de la personnalité limite\* sont plus sujettes à commettre un suicide (Townsend, 2010, p.462). Ces troubles psychiatriques se retrouvent aussi régulièrement chez les adolescents qui risquent de se donner la mort, bien que le diagnostic ne puisse pas toujours être posé chez cette population (Marcelli, 2001, p.168-169). Marcelli (2001) affirme qu'« on ne retrouve pas une psychopathologie et surtout une nosographie\* spécifique aux TS [tentatives de suicide] de l'adolescent » (p.182). Il arrive donc qu'un adolescent tente de mettre fin à ses jours sans qu'il y ait un contexte de trouble psychiatrique. L'OFS rappelle finalement que le suicide ou la tentative de suicide ne sont pas nécessairement le reflet d'une maladie, mais qu'ils sont « souvent induits par des maladies psychiques » (OFS, 2005, p.4).

#### **4.3.1.5 Repérer les facteurs de protection**

Bee et Boyd (2008) citent les caractéristiques familiales des enfants et des adolescents résilients : « Relations étroites avec une figure parentale aimante... Avantages socioéconomiques... Interactions avec un réseau familial étendu offrant du soutien » (p.233). Elles (2008) définissent la résilience : « trait de caractère résultant de caractéristiques innées et acquises, et qui augmente les possibilités que l'individu s'adapte bien au stress » (p.439).

Il existe encore d'autres facteurs de protection dont l'accès facile à plusieurs organisations de soutien et de soin..., l'accès difficile aux moyens de suicide très létaux, le fait d'être suivi par un médecin et un psychiatre, le fait d'être suivi en cas de consommation excessive de substances psychoactives, l'adhésion à une culture ou une

religion qui décourage le suicide (Townsend, 2010, p.464). En Valais, le Réseau Entraide Valais « coordonne les différentes ressources institutionnelles et associatives valaisannes pour répondre à toute situation de détresse, comme le suicide, la précarité et l'isolement social » (Réseau Entraide Valais, 2015, Zoom). Dans ce réseau, les ressources sont classées sous divers onglets, dont « Enfants et Jeunes » ainsi que « Familles et Proches ». L'Hôpital du Valais propose également des centres communautaires ambulatoires : les Centres de Compétences en Psychiatrie-Psychothérapie, CCPP (Hôpital du Valais, 2015, psychiatrie et psychothérapie). Dans ces centres se trouvent, entre autres, des psychiatres de liaison (Hôpital du Valais, 2015, Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie).

#### 4.3.2 Soins infirmiers à la famille dont un descendant est à risque de se suicider

##### **4.3.2.1 Remarques sur la participation des familles à la prise en charge du proche à risque de suicide**

Dans le service de pédopsychiatrie de Sierre, Christian Carrère, infirmier-chef de l'unité de soin, indique que les parents sont considérés comme partenaires de la prise en charge de leur enfant hospitalisé (C. Carrère, communication personnelle [Entretien], 8 janvier 2015). Par conséquent, il en va de même pour les enfants qui seraient à risque de se suicider et qui sont hospitalisés dans ce service.

Par ailleurs, selon Doenges (2012), l'infirmière peut évaluer si les proches de la personne à risque de suicide sont disposés ou non à lui venir en aide (p.908).

Charazac-Brunel (2002) décrit la participation de la famille à la prise en charge de son proche à risque de suicide:

La situation de crise suicidaire est une conjonction de situations, de traumatismes, ruptures ou risques de rupture à différentes échelles sociales et de façon transgénérationnelle. Dans ce sens, il est inutile et parfois dangereux de stigmatiser une ou des personnes de la famille ou de porter un jugement sur leur maladresse relationnelle quand ils désirent participer à la sortie de l'état de détresse d'un membre de la famille. Leurs interventions parfois maladroites sont en partie dues à l'état d'angoisse et au sentiment de culpabilité. Ils peuvent devenir des alliés thérapeutiques et ils ont très souvent eux-mêmes besoin d'une aide sur le plan psychique pour dépasser la situation de crise. (p.205)



Cette déclaration met en évidence plusieurs éléments à prendre en compte dans la prise en charge de ces familles : le non-jugement, le fait que leur situation est difficile et qu'elles peuvent avoir besoin d'aide, le fait qu'elles peuvent être des alliés aux côtés des autres personnes du réseau.

#### **4.3.2.2 Outils d'évaluation de la structure des familles : génogramme et écocarte**

« Le génogramme fournit une configuration de la famille, tandis que l'écocarte illustre les liens que la famille entretient avec des personnes en dehors du cercle familial immédiat... » (Wright, 2007, p.87). Ce sont deux outils visuels, faciles d'emploi et précieux pour l'infirmière (Wright, 2007, p.86-87). Le génogramme peut « apporter des informations utiles à la fois à la famille et à l'infirmière sur le développement et sur d'autres aspects du fonctionnement de la famille » (Wright, 2007, p.87). En annexe sont présentés un exemple de génogramme et un exemple d'écocarte.

#### **4.3.2.3 Repérer les facteurs de risque intrafamiliaux**

Une fois le génogramme et l'écocarte établis, l'infirmière a la possibilité de repérer plus facilement certains éléments intrafamiliaux qui rendent les membres d'une famille plus vulnérables au risque de suicide :

- « Le nombre d'enfants dans la famille [plus de quatre enfants]
- La structure familiale
- La perturbation de la structure psychique d'un membre de la famille
- Les violences intrafamiliales [coups et blessures, abus sexuels, violences psychiques, conflits conjugaux]
- Les violences affectives [dévalorisation, impulsivité et conduites agressives, exigences parentales excessives, désinvestissements relationnels, problèmes liés au surinvestissement, risques liés à l'absence de transmission d'une capacité d'autoprotection intrapsychique]
- Le fonctionnement et la qualité des interactions
- Les antécédents suicidaires [des membres de la famille] » (Charazac-Brunel, 2002, p.132-136).

Charazac-Brunel explique qu'il arrive que, dans les familles de plus de quatre enfants, il y ait des grossesses non désirées. De plus, les plus jeunes de ces familles peuvent alors se retrouver soit seuls, livrés à eux-mêmes, soit sous la garde des aînés qui peuvent abuser de la situation.

Maja Perret-Catipovic (2004) cite comme facteur prédisposant un adolescent au suicide la décomposition et recomposition de sa famille (p.54).

Selon Charazac-Brunel (2002), la tentative de suicide serait liée à une situation familiale en crise, avec ou sans un bouleversement majeur dans la structure familiale (p.27). Elle ajoute que le suicidant se trouve en position nodale dans le réseau familial, ce qui signifie qu'il soutient le poids de toute la souffrance psychique de la famille. En effet, l'équilibre est maintenu grâce à la personne qui se trouve à cette place car elle permet à son entourage d'échapper à ses crises. « Le risque suicidaire augmente chaque fois que la famille, ne pouvant pas dépasser un moment de crise (conjugale, de vieillissement, etc.), réagit par des processus de rupture (divorce, éclatement familial) » (Charazac-Brunel, 2002, p.29).

#### **4.3.2.4 Mobiliser un réseau de sécurité**

Selon Charazac-Brunel (2002), le réseau de sécurité est constitué de toute personne capable de venir en aide à la personne présentant un risque de suicide (p.204). Il peut s'agir de médecins, d'infirmières, d'amis, de collègues, de voisins, de la famille, d'associations, de religieux... L'essentiel réside dans le fait que ces personnes soient en contact les unes avec les autres. Cela permet, d'une part, d'échanger leur ressenti face à la situation et, d'autre part, de mettre en commun leurs informations et leur stratégie. Elles peuvent aussi assurer une aide disponible 24h/24h en réalisant un tournus dans les tranches horaires pour que la personne présentant un risque de suicide trouve quelqu'un vers qui se tourner en tout temps (Charazac-Brunel, 2002, p.204). Dans le cas des adolescents, Marcelli (2001) confirme que « la possibilité pour les professionnels au contact des adolescents de s'inscrire dans un réseau où ils pourront facilement accéder à un spécialiste... représente probablement la meilleure forme de prévention possible » (p.232).

Charazac-Brunel (2002) insiste également sur la participation de personnes formées en matière de prévention du risque suicidaire dans ce réseau, en particulier du médecin et du psychothérapeute et des infirmières (p. 204-206). Cet auteur définit en outre le rôle de référent qui a pour tâche la mise en place du réseau (Charazac-Brunel, 2002, p. 199-201). Le référent connaît les facteurs de risque\*, les signes précurseurs et les situations de détresse et de violence en lien avec le suicide. Par ailleurs, il ne doit pas prendre de décision et doit éviter de prendre parti. Enfin, il ferait déjà partie d'une institution et son rôle de prévention du suicide serait supplémentaire.

#### 4.3.2.5 Lutter contre les idées fausses

Selon Townsend (2010), « il lui [l'infirmière] incombe ... de renseigner les gens sur les mythes et les réalités associés au suicide... » (p.468). D'ailleurs, Bee et Boyd (2008) affirment que « certains mythes ont toujours cours concernant le suicide des adolescents, expliquant peut-être cette situation [pas de diminution du taux de suicide] » (p.290)

Le site de prévention du suicide québécois (<http://www.aqps.info/comprendre/>) propose une page entière qui s'intitule : « comprendre ». Sur cette page se trouve un quizz éducatif qui permet de trier les idées fausses et les *a priori*. Cela pourrait rendre l'éducation au suicide facile d'accès pour les familles qui s'y intéressent.

Charazac-Brunel (2002) met également en évidence le fait que les idées fausses sur le suicide entravent fortement la prévention et la prise en charge des personnes présentant un risque de suicide et qu'elles « constituent des freins puissants au sein des familles » (p.113). C'est le cas de l'idée fausse suivante : « *Parler du suicide va susciter l'acte suicidaire* » (Charazac-Brunel, 2002, p.118). Cette idée incite à cacher l'existence du risque de suicide d'un membre d'une famille et par conséquent à isoler cette famille. Ceci va à l'encontre de la création du réseau de sécurité qui consiste à mobiliser les ressources autour de l'individu et de sa famille.

Charazac-Brunel (2002) signale une autre idée fausse : « *Il y a deux sortes de tentatives de suicide : les suicides appels sans gravité et les vrais suicides graves* » (p.117). Elle (2002) ajoute que « le geste d'appel..., s'il n'est pas pris en compte, risque de provoquer une récurrence grave avec un risque léthal accru » (p.117). De plus, la réaction inappropriée de la famille face à la tentative de suicide comme la dérision augmente encore ce risque léthal (Charazac-Brunel, 2002, p.117).

#### 4.3.2.6 Réactions appropriées

Selon Townsend (2010), « il lui [l'infirmière] incombe ... de renseigner les gens... sur les réactions appropriées en présence d'une personne suicidaire » (p.468). Les conseils que l'infirmière transmet aux proches portent sur l'importance de prendre au sérieux une personne qui manifeste un risque de suicide, de ne pas garder de secret et d'aller chercher de l'aide... (Townsend, 2010, p.468).

Les attitudes aidantes (V. Gay-Crosier, communication personnelle [Présentation Power Point]) que les soignants peuvent adopter et qui peuvent être transmises aux familles sont :

- « Exprimer votre inquiétude de voir la personne si fragile et de votre envie de l'aider.
- Parler franchement du suicide : il est important de "nommer la réalité".
- Eviter de moraliser, de juger ou de culpabiliser.
- Transmettre l'espoir: croire en son potentiel et en sa capacité de s'en sortir.  
Lorsque cela est possible, aller puiser dans des expériences difficiles, où la personne a réussi à s'en sortir.
- Transmettre à la personne les ressources nécessaires afin d'avoir de l'aide 24h00 sur 24h00.
- Se protéger : respecter ses limites et prendre soin de soi. »

#### 4.3.2.7 L'enseignement au client suicidaire et à sa famille : thèmes à aborder

De façon plus complète, l'infirmière peut se baser sur l'enseignement au client suicidaire et à sa famille, enseignement proposé par Townsend (Townsend, 2010, p.468) :

<b>L'enseignement au client suicidaire et à sa famille : thèmes à aborder</b>	<b>Situation en Suisse, remarques.</b>
<b>La nature du problème</b> 1. Les signes précurseurs du comportement suicidaire 2. Les facteurs de risque	1. Voir p.13-15 de ce travail. 2. Voir p.16-18 de ce travail.
<b>La gestion du problème</b> 1. Le dépistage et les interventions 2. Les précautions relatives aux armes à feu à domicile (Thibault, 2002) 3. Les facteurs de santé émotionnelle* et les moyens de préserver celle-ci 4. L'enseignement relatif à l'usage des drogues et de l'alcool 5. L'importance d'exprimer ses sentiments, de rechercher du soutien lorsqu'on connaît des difficultés telles que la solitude, les échecs scolaires ou amoureux, les pertes ou la maladie 6. Les stratégies de gestion du stress autres que le comportement suicidaire 7. Les stratégies de résolution de problèmes	Initiative populaire suisse sur l'interdiction de garder l'arme du service militaire à domicile rejetée le 13 février 2011 (Le Temps, S.d., Rendre l'arme ?).  Frydenberg, E. (2008). <i>Apprendre à faire faire : programme de développement des habiletés de coping pour adolescents</i> . Montréal : Chenelière éducation.

<p><b>Les services de soutien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les services d'écoute téléphonique</li> <li>2. Les groupes de soutien pour la personne et la famille : importance et rôle</li> <li>3. La psychothérapie individuelle</li> </ol>	<p>Pars Pas, poste d'écoute (027 321 21 21).</p> <p><a href="http://www.revs.ch/fr/">http://www.revs.ch/fr/</a>.</p> <p>Brochure à télécharger sur <a href="http://www.synapsespoir.ch">www.synapsespoir.ch</a> : « Santé mentale : s'orienter dans le Valais romand »</p>
---	--

## 5 Méthode

### 5.1 Devis de recherche

Ce Travail de Bachelor est une revue de la littérature.

### 5.2 Collecte des données

Pour collecter des données sur le sujet de ce Travail de Bachelor, des enseignants de la HES-SO ont été contactés. Ces enseignants avaient donné des cours sur certains thèmes de ce Travail de Bachelor. Ils ont guidé une partie du début de cette recherche en nommant des ouvrages, des théories, des lieux et des personnes expertes en la matière (Systémique familiale, Consultation couple et famille, Belle-Idée à Genève,...). A chaque contact avec un spécialiste, de la documentation a été demandée. De plus, des renseignements ont été pris quant à la présence d'infirmières sur les différents lieux.

Par la suite, le directeur de ce Travail de Bachelor a proposé de contacter des spécialistes et des associations de la région (Réseau Entraide Valais et Pars Pas) et de consulter différentes sources sur le sujet. Un entretien a eu lieu avec Madame Valérie Gay-Crosier, directrice de Pars Pas, en novembre 2014. Un autre entretien a eu lieu en janvier 2015 avec l'ICUS du service de pédopsychiatrie, Monsieur Christian Carrère.

Par ailleurs, la consultation des bases de données disponibles sur intranet dans la Médiathèque santé a fourni les différentes études de ce travail. La recherche sur ces bases de données a été menée par sujet puis par mot-clé dans Mesh\*.

Les bases de données consultées sont CINAHL, Pubmed, BDSP, Cochrane, Joanna Briggs Institute et Google Scholar. Cette recherche a été menée d'avril 2014 à janvier 2015. Par rapport aux mots-clés « family », « suicide » et « nursing », la base de données Pubmed prévenait par mail si une nouvelle étude comportant ces mots-clés venait de paraître.

En faisant ces recherches par mots-clés, les mêmes études déjà retenues apparaissaient parfois. Lorsqu'une étude était intéressante, la consultation de sa bibliographie permettait de trouver d'autres études traitant des mêmes thèmes.

En fonction des mots-clés suivants, il est indiqué combien d'études ont été trouvées et combien ont été retenues. Les études sélectionnées sont identifiées par un numéro attribué dans le tableau de la page suivante.

Base de données	Mots-clés et opérateurs	Nombre d'études trouvées	Nombres d'études retenues	N° études
CINAHL	Suicide AND nursing care AND family	96	3	5, 1, 4
CINAHL	Suicide education AND family caregivers	8	1	6
pubmed	Nursing AND Suicide attempted	192	1	3
pubmed	Family AND Suicide AND Nursing (5 dernières années)	85	2	7, 2

### 5.3 Sélection des données

Afin de sélectionner les études trouvées sur les différentes bases de données, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été posés.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- avoir été publié dans les cinq dernières années, soit de 2009 à 2014,
- être rédigé en français, en anglais ou en portugais,
- avoir un titre et un résumé jugés convaincants et pertinents pour le sujet,
- présence, dans au moins une famille, d'un descendant à risque de suicide ou ayant commis une tentative de suicide.

Les études exclues sont les suivantes :

- études traitant uniquement de suicide abouti,
- études n'étant pas des sources primaires.

Toutefois, l'étude 1 date de 2008. Cette étude, publiée dans un journal infirmier, a été menée par une infirmière enseignant dans la faculté des soins infirmiers du Daemen College à New-York. De plus, cette étude aborde un des thèmes importants de ce Travail de Bachelor : l'expérience des familles des personnes suicidaires. Elle a donc été incluse dans ce travail.

Les études retenues sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

<b>N° étude</b>	<b>Titre</b>	<b>Auteur(s)</b>	<b>Date</b>	<b>Niveau de preuve</b>	<b>Base de données</b>
<b>1</b>	Managing a Depressed and Suicidal Loved One at Home	Nosek, C.L.	2008	IV	CINAHL
<b>2</b>	The burden of living with and caring for a suicidal family member	McLaughlin, C., MsGowan, I., O'Neill, S., & Kernohan, G.	2014	IV	Pubmed
<b>3</b>	Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide	Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E.	2014	IV	Pubmed
<b>4</b>	A grounded Theory Study of Action/Interaction Strategies Used When Taiwanese Families Provide Care for Formerly Suicidal Patient	Sun, F. K., Long, A., Huang, X.Y., & Chiang, C.Y.	2009	IV	CINAHL
<b>5</b>	Nursing Assistance to a Family of a member who attempted suicide	Buriola, A.A., De Oliveira, M.L.F., Arnauts, L., Marcon, S.S., & Das Neves Decesaro, M.	2011	IV	CNAHL
<b>6</b>	Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal	Sun, F.K., Chiang, C.Y., Lin, Y.H., & Chen, T.B.	2013	II	CNAHL
<b>7</b>	Parents-Care: A Suicide Prevention Program for Parents of At-Risk Youth	Hooven, C.	2013	V	Pubmed



## 5.4 Pyramide des preuves

Le niveau de preuve des études sélectionnées est évalué en fonction de la hiérarchie à six niveaux (du plus élevé au plus bas) de Stetler et ses collègues (Loiselle, 2007, p.463).

Niveau	Types d'études
I	Méta-analyses fondées sur des essais cliniques randomisés
II	Études expérimentales isolées
III	Études quasi expérimentales ou études cas-témoins
IV	Études non expérimentales (par exemple les études corrélationnelles et les études qualitatives)
V	Études portant sur l'utilisation des travaux de recherche, projets d'amélioration de la qualité et rapports de cas
VI	Recommandations émises par des figures d'autorité respectées et des comités de spécialistes

## 5.5 Considérations éthiques

Chaque participant des études retenues dans ce travail a signé un formulaire de consentement éclairé\*. De plus, l'anonymat et la confidentialité des participants et des données ont été respectés dans toutes les études retenues, sauf pour l'étude 7 où ce n'est pas précisé.

### Étude 1 « Depressed and suicidal loved one at home »

La commission critique de l'Université des sciences de la santé a approuvé cette recherche, tout comme deux hôpitaux contenant des unités de psychiatrie. Pour atteindre les familles des patients, les chercheurs ont respecté une procédure. Tout d'abord, ils ont contacté les psychiatres qui les ont guidés vers des patients susceptibles de les renseigner. Ensuite, si les patients étaient d'accord que leur famille participe à l'étude, ils signaient un consentement permettant aux chercheurs d'entrer en contact avec leur famille. Chaque personne de cette procédure savait que, en cas de refus de contacter les familles ou de refus de participation de la part des familles, les soins n'en seraient pas affectés.

### Étude 2 « The burden »

Le projet de cette recherche a été soumis à un protocole éthique avant d'être activé. Si un participant se sentait triste durant les entretiens, l'interviewer, une infirmière en santé mentale, devait fournir les premiers soins en santé mentale\*. Des services supplémentaires de soutien étaient également proposés.

### Étude 3 « Experiences of parents »

Un comité d'éthique sur la recherche en santé et une agence de protection des données ont été informés de la réalisation de cette étude. Si les participants se sentaient en détresse durant la phase de compte rendu, un conseiller du réseau pour la lutte de suicide, NEFOS, venait les aider. Par ailleurs, les chercheurs ont profité du lien de confiance qui avait été créé avant l'étude entre les parents et l'association NEFOS. Loisel (2007) mentionne en effet le risque d'exploiter une relation en recherche qualitative (p.97) : d'abord, grâce à l'association, les parents recevaient soutien et conseil ; puis, en passant par l'association, les chercheurs venaient leur demander de raconter leur expérience. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt\*.

### Étude 4 « Strategies used by families »

Cette recherche a obtenu la permission d'être menée auprès des comités d'éthique de deux hôpitaux de Taiwan. L'état psychique des patients était aussi évalué afin de déterminer leur capacité à participer à l'étude. Les entretiens ont eu lieu quand les participants se sentaient prêts à partager leur expérience. Après ces entretiens, un soutien psychologique pouvait être fourni.

### Étude 5 « Nursing assistance »

Cette recherche a été approuvée par un comité d'éthique avant d'avoir lieu.

### Étude 6 « Short-term effects suicide education intervention »

Cette recherche a obtenu l'approbation de l'Institution Review Board. Chaque participant avait le droit d'abandonner à tout moment. Toutefois, chaque participant a reçu un petit cadeau pour être incité à rester dans l'étude. Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

### Étude 7 « Parents-Care »

Dans cette étude, il n'est pas précisé si l'anonymat des participants a été respecté. Cette étude fait partie d'une plus grande étude qui ne donne pas non plus d'information sur le respect de l'anonymat.

Éthique du Travail de Bachelor

Ce Travail de Bachelor respecte la sixième édition du Guide des citations selon les normes de l'American Psychological Association (APA) ainsi que le Guide pour la rédaction des références bibliographiques de la même association. Ces deux guides ont pour objectif d'éviter tout plagiat dans la rédaction d'un travail de recherche. Ainsi, tous les auteurs et les sources utilisés dans ce Travail de Bachelor sont cités et référencés.

## 5.6 Analyse des études

Les études ont été analysées à travers la construction d'un tableau de recension. Ce tableau comporte différentes sections : type d'étude ou devis, paradigme, niveau de preuve, échantillon, échantillonnage, critères d'inclusion et d'exclusion, but général, éthique, concepts, cadre de référence ou cadre théorique, méthode de collecte des données, méthode d'analyse, résultats, conclusion, forces et faiblesses de l'étude. Ces sections sont identiques à la fiche d'analyse documentaire proposée par Loisele (2007, p.146).

# 6 Résultats : analyse des études sélectionnées

## 6.1 Description étude 1 «Depressed and suicidal loved one at home»

Il s'agit d'une étude qualitative\* utilisant la théorisation ancrée\*. Le but de cette étude est d'examiner les processus utilisés à domicile par les familles lorsque qu'elles prennent soin d'un de leur membre dépressif et suicidaire. Elle a eu lieu aux Etats-Unis. Elle utilise un échantillonnage par choix raisonné. Le chercheur a pu entrer en contact avec des patients dépressifs et suicidaires après avoir obtenu l'approbation de leur psychiatre traitant. Il a ensuite rencontré ces patients et leur a demandé la permission de contacter leur famille. Enfin, les données ont été collectées auprès des membres de la famille (n= 17) à travers des entretiens semi-structurés enregistrés. La durée des entretiens n'est pas précisée. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits mot à mot. Les données ont été collectées et analysées grâce à la méthode de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss\* (1967). L'interviewer a joué un rôle actif dans la formation des questions et dans la recherche de données : il a posé une question générale suivie de questions plus directes.

Dans un premier temps, cette étude a permis de montrer l'impact de cette expérience sur les membres de ces familles.

Ensuite, elle a développé le modèle théorique de « Maintenir la Vigilance par la Gestion » [traduction personnelle] qui est un processus continu. Au départ, le membre de la famille ignore que son proche fait une dépression et qu'il y a un risque suicidaire. Un évènement ou une déclaration du malade lui permet d'identifier que quelque chose va mal. Il met alors en place des stratégies lui permettant d'identifier ce problème : recherche d'information, apprentissage. Il prend alors conscience qu'il s'agit d'une dépression et qu'il y a un risque de suicide, mais il ne sait pas comment réagir. Il commence ensuite petit à petit à savoir ce qu'il a besoin de faire jusqu'à comprendre en partie comment gérer la maladie. Il rentre alors en action de toutes sortes de façons pour aider son proche et le surveiller. Après, il observe les résultats de ses actions et attend une amélioration de l'état de son proche. Ce processus lui apporte de nouvelles connaissances et compréhensions. Il peut finir par atteindre les limites de ses capacités et ressentir alors le besoin de prendre de la distance. Cependant, il n'arrive pas à rester à distance et reprend le processus d'apprendre à connaître et à gérer la dépression et le risque suicidaire de son proche. Ce processus n'a donc pas de fin.

Enfin, même si le lien de parenté entre le patient et le membre de la famille interviewé n'était pas le même entre les participants, le processus expérimenté était le même.

#### 6.1.1 Validité méthodologique étude 1 «Depressed and suicidal loved one at home »

La collecte et l'analyse des données ont eu lieu jusqu'à atteindre la saturation\*. Par ailleurs, pour évaluer la crédibilité\* du modèle théorique obtenu, le chercheur l'a comparé avec des réponses spécifiques des participants. Le chercheur a également procédé à une vérification par les participants\* : trois des familles ont vu le modèle et ont trouvé qu'il correspondait à leur expérience. De plus, le chercheur a présenté son modèle lors de deux conférences. Des participants de ces conférences, ayant eux-mêmes soigné un membre familial dépressif et suicidaire, ont affirmé que le modèle correspondait aussi à leur expérience. Il s'agit donc d'une triangulation des méthodes d'évaluation de la crédibilité du modèle théorique.

Le chercheur indique que son modèle théorique est un processus social de base. Il utilise un terme propre à la théorisation ancrée de Glaser et Strauss. Cependant, bien

qu'il indique avoir utilisé la méthode de la théorisation ancrée, il ne détaille pas sa méthode d'analyse des données.

#### 6.1.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 1 «Depressed and suicidal loved one at home »

Le modèle théorique développé est un processus dans lequel sont rentrées les familles ayant un proche dépressif et suicidaire. Selon le chercheur, les infirmières doivent aider ces familles à développer des stratégies pour les guider dans ce processus. La famille devrait être incluse dans la prise en charge du patient. En effet, c'est elle qui l'accueille à la sortie de l'hôpital. Les professionnels de la santé ne peuvent donc pas renvoyer le patient sans avoir donné un enseignement adéquat à sa famille dans le but d'assurer son suivi. Avec le consentement du patient, la famille pourrait participer aux rencontres planifiées entre le patient et les professionnels de la santé.

De plus, ces familles ont besoin de soutien de la part du système de santé mentale. Souvent, le patient bénéficie d'un suivi mais pas sa famille. Il peut être utile de savoir que, comme les participants de cette étude n'obtenaient pas d'informations auprès des professionnels de la santé mentale, ils pensaient qu'un groupe de soutien formé de familles ayant la même expérience pourrait les aider.

Enfin, les familles auraient aimé être plus rapidement compétentes pour identifier les signes et les symptômes de la dépression et du risque suicidaire. Cela leur permettrait d'agir plus tôt pour prévenir les tentatives de suicide. Il y a donc un besoin d'éducation publique sur ces signes et symptômes dont l'infirmière pourrait se charger.

### 6.2 Description étude 2 « The burden »

Il s'agit d'une étude qualitative dont le but est d'explorer l'expérience vécue par les personnes qui prennent soin d'un membre de leur famille suicidaire. Un avis de recherche de participants a été publié dans des journaux locaux en Irlande. 18 personnes se sont portées volontaires. Tous les participants devaient avoir plus de 18 ans et avoir vécu ou être en train de vivre avec un membre de sa famille suicidaire. Les données ont été collectées grâce à des entrevues en profondeur\* semi-structurées\*. Les participants devaient en premier lieu raconter comment ils s'étaient sentis lorsqu'ils ont découvert le comportement suicidaire de leur proche. Ils étaient ensuite libres de raconter ce qui leur semblait important, ou alors, s'ils avaient de la peine à s'exprimer, les chercheurs les stimulaient grâce à des questions. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot. Les transcriptions ont ensuite été analysées grâce à l'Analyse Thématique de Newall et Burnard (2006).

Les chercheurs ont découvert qu'il est très difficile pour toute la famille de prendre soin et de vivre avec la personne suicidaire. De plus, le comportement suicidaire d'un membre de la famille est un lourd fardeau qui a un impact psychologique et physique négatif sur les soignants et les autres membres de la famille. Les quatre thèmes prédominants qui émergent des entretiens sont : le fardeau de la famille, les pressions concurrentes, le secret et la honte, le désespoir et la culpabilité.

#### 6.2.1 Validité méthodologique étude 2 « The burden »

Les chercheurs ont utilisé l'échantillonnage accidentel\* (échantillon de volontaires). Selon Loiselle (2007), le but d'une étude qualitative est d'avoir le plus de données possibles à partir du plus petit nombre de personnes disposées à participer (p.276). Or, l'échantillonnage accidentel n'est pas la méthode qui rapporte le plus de données (Loiselle, 2007, p.276).

Afin de valider les thèmes trouvés, c'est-à-dire de déterminer s'ils « constituent une représentation exacte du phénomène » (Loiselle, 2007, p.408), les chercheurs ont utilisé plusieurs techniques : entretiens en profondeur, triangulation des chercheurs, séances d'échanges entre pairs\* (les pairs sont les chercheurs de cette étude), vérification par les participants\*. La moitié des participants ont accepté de voir les découvertes et ils n'ont rien ajouté ni soustrait. Les chercheurs ont également fourni des informations sur leur propre connaissance et expérience en matière de suicide : ce sont des professionnels de la santé mentale (psychologues et infirmiers en santé mentale) qui ont une grande expérience dans le travail avec des personnes suicidaires.

#### 6.2.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 2 « The burden »

Étant donné l'impact émotionnel, physique et mental que représente cette tâche sur les familles, celles-ci ont besoin de soutien de la part des professionnels de la santé. Les familles risquent en effet de négliger leur propre santé. Les professionnels de la santé, dont les infirmières, devraient être conscients de l'impact négatif que représente le fait de vivre avec un proche ayant un comportement suicidaire.

Cette étude révèle que, à cause de la honte, de la peur de la stigmatisation\* et parce que leur proche suicidaire leur avait demandé, plusieurs participants gardaient secret leur situation familiale. Ces sentiments les empêchent de chercher de l'aide. Si les professionnels de la santé prenaient l'initiative de se renseigner sur la manière dont ces

familles font face à la situation, cela réduirait la stigmatisation. Ils pourraient par exemple leur téléphoner, leur écrire ou leur rendre visite à domicile.

Comme les familles sont les premières concernées par la prévention du suicide à domicile, les professionnels de la santé devraient se renseigner sur leurs besoins et les moyens de les aider (voir p. 20 de ce Travail de Bachelor) associations, stratégies de gestion du stress...

### 6.3 Description étude 3 « Experiences of parents »

L'étude 3 est une étude qualitative exploratoire utilisant les entrevues de groupe\* (focus groups) avec des parents dont l'enfant a tenté de se suicider. Selon les chercheurs, l'entrevue de groupe désigne la production de données de la conversation à travers les interactions au sein d'un groupe. Un chercheur a fourni les sujets au groupe. (Morgan 1997, Halkier 2008). Les chercheurs ont adopté une perspective interactionniste. Pour identifier les interprétations de la signification sociale et personnelle des parents sur le comportement suicidaire de leur enfant, les chercheurs ont regardé comment ils interagissaient entre eux lorsqu'ils parlaient de leurs situations.

Le but de cette étude est d'explorer l'expérience des parents dont l'enfant a tenté de se suicider et de savoir comment ces parents réagissent à la pression psychosociale accrue suite à la (aux) tentative(s) de suicide.

Les chercheurs ont utilisé un échantillonnage par choix raisonné\* : ils ont invité tous les parents qui avaient un enfant ayant tenté de se suicider et qui ont participé aux séances de groupe de NEFOS en 2010 et 2011. NEFOS est une organisation du sud du Danemark qui offre du soutien individuel ou en groupe aux parents après le suicide ou la tentative de suicide de leur proche. Ils ont obtenu 14 participants (n=14).

Les chercheurs ont définis six sujets à aborder durant la discussion. Ces sujets ont été développés sur la base de leur expérience clinique : le programme à NEFOS ; la communication avec les autres enfants de la famille ; le stress et la tension dans la vie quotidienne ; faire face aux pensées difficiles et aux sentiments ; la communication avec la famille, les amis et les collègues ; les influences sur la relation des parents. La collecte des données a eu lieu en janvier et février 2012, grâce à deux entrevues de groupe, dans les locaux de NEFOS. Le niveau de participation des deux chercheurs dans les groupes était volontairement faible. Les participants étaient invités au début de l'entrevue de groupe à discuter entre eux de l'ordre dans lequel ils souhaitaient aborder les six sujets.

Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio puis retranscrites. La première entrevue a duré 2h40 et la seconde 2h30.

L'analyse des données combine une analyse thématique et une analyse sur la manière dont les thèmes étaient négociés durant les interactions de la conversation.

Il y a trois découvertes-clé. Les parents décrivent la tentative de suicide de leur enfant comme un évènement dramatique affectant toute la famille. De plus, ils vivent un double traumatisme : le traumatisme de la tentative de suicide de leur enfant, puis le traumatisme de l'impact du comportement suicidaire de l'enfant sur le bien-être de la famille. Enfin, malgré la stigmatisation d'avoir un enfant à risque de suicide, il est légitime pour les parents de chercher de l'aide et du soutien et de créer des ressources sociales étant donné que la vie de leur enfant a été mise en danger lors de sa tentative de suicide.

#### 6.3.1 Validité méthodologique étude 3 « Experiences of parents »

Deux chercheurs différents ont contrôlé la précision des transcriptions des enregistrements ; il s'agit donc d'une triangulation des chercheurs dans une étape du recueil des données. Par ailleurs, les chercheurs utilisent le pronom « nous » dans la rédaction du paragraphe sur les étapes de l'analyse des données. Cela laisse supposer une triangulation des chercheurs dans l'analyse des données. Ils décrivent en détail le processus de récolte et d'analyse des données. Le niveau de participation des deux chercheurs dans les groupes était volontairement faible.

Plusieurs informations sont fournies sur la crédibilité des chercheurs\*. Il est précisé que les deux chercheurs (un infirmier et un infirmier clinicien) qui ont pris part aux entrevues de groupe ne connaissaient pas les participants auparavant et n'ont aucune expérience personnelle liée à un proche parent suicidaire. Parmi les autres chercheurs se trouvent un psychiatre, un assistant de recherche de NEFOS et un conseiller et chef de NEFOS.

#### 6.3.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 3 « Experiences of parents »

Cette étude démontre que les familles qui luttent pour faire face à l'impact de la tentative de suicide et au comportement suicidaire de leur enfant ont fortement besoin d'aide. Les infirmières pourraient répondre à ce besoin. Le soutien offert par les infirmières aux familles pourrait inclure du conseil et de la psychoéducation\* axée sur la reconnaissance des signes d'alerte, les compétences de communication et les stratégies de coping\*.



La prévention du suicide devrait faire partie de la formation de base des infirmières car elles rencontrent de nombreuses familles affectées par le comportement suicidaire d'un de ses membres.

Finalement, les groupes de parole entre parents d'enfant ayant fait une tentative de suicide ont aidé ces parents. Ils se sont apportés mutuellement du soutien, en discutant de la manière dont ils essayaient de gérer la situation, en exprimant des sentiments non-acceptables socialement (colère envers son enfant) et en confessant leurs méfaits.

#### 6.4 Description étude 4 « Strategies used by families »

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la théorisation ancrée de Strauss et Corbin\*. Elle a eu lieu au sud de Taiwan. Tout d'abord, son but est d'explorer les soins familiaux à un proche suite à sa sortie d'hôpital lorsque le motif d'hospitalisation est une tentative de suicide ou des idées suicidaires. Ensuite, elle vise à développer une théorie à partir des découvertes. Elle fait partie d'une plus grande étude dont le but est de développer une théorie sur les perceptions des familles et des ex-patients suicidaires à domicile après une sortie de l'hôpital. Loiselle (2007) rappelle que, dans les études utilisant la théorisation ancrée, « l'échantillonnage, la collecte des données, l'analyse des données et la construction de la théorie se réalisent simultanément ... » (p.281).

Au départ, un échantillonnage par choix raisonné\* a eu lieu. L'échantillon (n=30) était formé des ex-patients (n=15) et des soignants de la famille (n=15). Les ex-patients devaient : avoir eu des idées suicidaires pendant deux semaines ou avoir déjà tenté de se suicider ; accepter d'être interrogés au minimum sept jours après leur sortie d'hôpital. La famille devait avoir fait l'expérience d'au moins trois jours de soin de son proche suite à sa sortie d'hôpital. Les données ont été collectées à travers des entretiens en profondeur qui ont durés environ 60 minutes. Il y avait un guide d'interview pour les ex-patients et un pour les familles.

Après la réalisation et l'analyse des premiers entretiens, les chercheurs ont utilisé un échantillonnage théorique\*. Lorsqu'ils constataient qu'un concept se retrouvait plusieurs fois dans les entretiens, ils réalisaient de nouveaux entretiens pour découvrir toutes les variations de ce concept. Les guides des interviews étaient alors adaptés en fonction des concepts émergents. Cette méthode d'échantillonnage a eu lieu jusqu'à la saturation des données.

Les chercheurs ont utilisé la méthode de comparaison constante\* pour analyser le contenu des transcriptions des entretiens. Ils ont analysé les données grâce à une

combinaison du cadre analytique de Strauss et Corbin (1998) (encodage ouvert, axial et sélectif) et des douze étapes analytiques d'Eaves (2001). De plus, le logiciel QRS NUD\*IST N7 a aidé à l'encodage et au tri des données.

A la fin de la plus grande étude dont fait partie cette étude, les chercheurs ont obtenu « la théorie pour guider les familles et les soignants des personnes qui risquent de se suicider », avec pour modèle le paradigme de Strauss et Corbin (1998). Cette étude ne présente que la section « stratégies d'action/interaction » de la grande étude. Trois catégories-clé et huit sous-catégories forment cette section. Les trois catégories-clé sont : garder la personne jour et nuit, maintenir les activités de la vie quotidienne, créer un environnement élevant.

#### 6.4.1 Validité méthodologique étude 4 « Strategies used by families »

Les chercheurs ont collecté les données grâce à des entretiens en profondeur, fréquents en théorisation ancrée (Loiselle, 2007, p.228). Ils ont atteint la saturation théorique des concepts et des catégories après l'entretien de 30 participants. Les chercheurs auraient pu vérifier et améliorer leur théorie en recherchant des cas servant à confirmer\* et des cas servant à infirmer\* lors du dernier échantillonnage (Loiselle, 2007, p.281).

Pour augmenter la fiabilité\* de l'étude, les chercheurs ont présenté leurs catégories à trois professeurs universitaires disposant d'un doctorat et d'expériences dans la théorisation ancrée. De plus, pour augmenter la crédibilité\* de l'étude, les chercheurs ont suivi trois étapes : travail pendant six mois pour favoriser la confiance interpersonnelle, triangulation des sources de données et triangulation des chercheurs, vérification par quatre participants. Ils ont ainsi confirmé certains résultats et apporté des modifications à d'autres résultats.

#### 6.4.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 4 « Strategies used by families »

Cette étude a permis d'identifier les actions et les besoins des familles qui prennent soin de leur proche suicidaire, à domicile, au sud de Taiwan. Dans cette étude, moins d'une famille sur deux a reçu des informations de la part de l'hôpital sur les soins liés au suicide. De ce fait, les chercheurs proposent de créer un programme d'éducation sur le suicide comprenant quatre points : l'évaluation de l'intention suicidaire, la protection de la sécurité des ex-patients, aider les ex-patients à faire face à des conditions stressantes,

améliorer les compétences des familles dans la compréhension et la communication. En ce qui concerne la communication, « la capacité d'une famille d'entendre ce qu'a à dire un enfant, c'est aussi la façon dont elle va l'encourager à s'exprimer et dont elle va recevoir sa parole » (Perret-Catipovic, 2007, p.51). Ce programme pourrait être donné par les infirmières de santé publique.

Les chercheurs proposent également la mise en place d'un service d'aide publique dirigé par des infirmières étant donné le manque de ressources extérieures à Taiwan. Par ailleurs, sachant qu'il est difficile de veiller sur un proche 24h/24h, les infirmières peuvent mettre en place des visites à domicile et inciter les familles à prendre soin de leur propre santé.

Dans leur pratique, les infirmières devraient avoir conscience que les familles ont souvent honte d'avoir un proche qui risque de se suicider ; cette raison empêche les familles de rentrer en contact avec les professionnels de la santé. Les infirmières de santé publique devraient trouver le moyen de promouvoir la santé mentale\* et d'augmenter les connaissances de la population sur le suicide.

De plus, certaines de ces familles évitent de rentrer dans un dialogue favorisant l'expression des sentiments, car elles ont peur d'inciter leur proche à se suicider. Cette idée fausse, identifiée dans le cadre théorique de ce Travail de Bachelor, est à combattre.

Enfin, il est utile pour les infirmières et les familles de reconnaître les symptômes de la dépression. En effet, la dépression est un des premiers facteurs de risque de suicide chez les adolescents (Perret-Catipovic, 2004, p.57). Plus elle est identifiée tôt, plus vite le patient recevra un traitement spécifique.

## 6.5 Description étude 5 « Nursing assistance »

Cette étude qualitative a été réalisée en 2008 dans les services d'urgences de trois hôpitaux du sud du Brésil. Le devis de cette étude n'est pas explicite et les chercheurs indiquent simplement qu'ils ont utilisé l'analyse de contenu\*. Il n'y a pas d'indication sur l'emploi d'un logiciel. Elle a pour objectif de découvrir les soins infirmiers offerts aux familles dont un proche a tenté de se suicider durant la prise en charge initiale de l'évènement. Les participants de l'étude étaient les infirmières (n= 21) de ces services.

Les données ont été récoltées à travers des entrevues individuelles semi-structurées. Les participants étaient d'abord invités à se souvenir d'une situation de travail, où une personne qui a tenté de se suicider arrive aux urgences accompagnée par sa famille, pour ensuite raconter en détail leurs soins infirmiers dans cette situation

(question 1). S'ils n'abordaient pas d'eux-mêmes leur performance face à la famille (question 2), les chercheurs les incitaient à le faire. Ces entrevues, d'une durée d'environ 30 minutes, ont été enregistrées et les enregistrements ont été intégralement retranscrits. Les chercheurs indiquent que ces transcriptions ont été lues à plusieurs reprises si bien que les paroles ont été divisées en unités pertinentes pour l'étude.

Les chercheurs ont utilisé l'analyse de contenu. Ils ont suivi diverses étapes : pré-analyse, exploration du matériel, traitement des résultats et interprétation, formation des catégories. Ils se basent sur Bardin (2005) qui définit l'analyse de contenu comme « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu du message, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence des connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages » (p.47).

En ce qui concerne les résultats, les chercheurs ont extrait deux catégories et quatre sous-catégories à partir des unités pertinentes des transcriptions. De plus, les infirmières des urgences consultent les familles pour obtenir des informations sur la personne qu'ils soignent. Ces familles sont rarement le centre de l'assistance de ces infirmières. Enfin, bien que les professionnels ne semblent pas satisfaits de cette situation, ils se sentent limités dans l'assistance à ces familles. Ils aimeraient leur accorder plus d'attention.

#### 6.5.1 Validité méthodologique étude 5 « Nursing assistance »

Un des auteurs de l'étude fait partie des infirmières d'un des services d'urgences des hôpitaux mais il a été exclu de l'étude. Si un participant était un des chercheurs de l'étude, il aurait pu influencer les résultats vers ce que l'étude souhaiterait obtenir. Ils ont donc évité un risque de biais. Par ailleurs, les données ont été intégralement retranscrites. Ces transcriptions ont été lues à plusieurs reprises. De plus, il n'y a pas de description des participants. Enfin, d'après leurs indications, les auteurs suivent effectivement les étapes de l'analyse de contenu selon Bardin : pré-analyse, exploration du matériel, traitement des résultats et interprétation, formation des catégories (Bardin, 2005, p.6-7).

#### 6.5.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 5 « Nursing assistance »

Cette étude montre qu'il peut être utile de pratiquer des soins infirmiers sur la famille, car elle est indissociable de la personne soignée. De plus, la famille d'un patient suicidaire pourrait être vue comme une aide précieuse à la prise en charge du patient :

elle peut connaître ses habitudes, ses problèmes, ainsi que les changements de comportement à observer. La famille pourrait donc contribuer au rétablissement de la personne suicidaire.

L'étude met également en évidence deux éléments importants dans la prise en charge infirmière de ces familles. Tout d'abord, les maintenir informées est une forme d'aide. Ensuite, priver de soin une famille d'un patient suicidaire ne les aide pas.

La tentative de suicide est une situation qui fait émerger de nombreuses émotions, tant chez les professionnels que chez les familles. Les infirmières de ces services d'urgences ont besoin de plus de temps mais aussi d'une formation pour prendre en charge ces familles. Cette formation leur permettrait de leur fournir des soins adéquats et de gérer leurs émotions pour ne plus redouter d'entrer en relation avec ces familles.

## 6.6 Description étude 6 « Short-term effects suicide education intervention »

Cette étude quantitative\* a pour but d'évaluer les effets à court terme d'un programme d'éducation sur le suicide, programme adressé aux familles qui prennent soin d'un proche suicidaire. Elle a eu lieu à Taiwan, en Asie. Il s'agit d'un essai clinique aléatoire\* qui utilise un devis expérimental avant-après\*.

Les participants de l'étude étaient les soignants familiaux de personnes suicidaires (n=74). Ils viennent d'un centre de prévention du suicide et de deux hôpitaux psychiatriques du sud de Taiwan. Le groupe expérimental a reçu deux heures d'éducation sur les soins liés au suicide ainsi que le soutien habituel lié au suicide. Le groupe contrôle n'a reçu que le soutien habituel lié au suicide.

Les chercheurs ont collecté les données à l'aide de trois questionnaires : (1) l'échelle d'habileté de soins liés au suicide (SCAS), (2) l'échelle de stress lié aux soins (CSS), (3) l'échelle des attitudes liées au suicide (SAS). Ce sont des échelles de Likert \*. Les méthodes d'analyse des données choisies ont été : les statistiques descriptives\*, les tests t\* indépendants, les tests U de Mann-Whitney\*.

Les résultats montrent que le programme d'éducation sur les soins liés au suicide peut permettre aux participants d'augmenter leur habileté à soigner leur proche suicidaire et de générer une attitude positive vis-à-vis de la personne suicidaire. L'attitude positive désigne, entre autres, la volonté de communiquer et de donner de l'attention.

### 6.6.1 Validité méthodologique étude 6 « Short-term effects suicide education intervention »

Les participants ont été répartis aléatoirement entre le groupe contrôle et le groupe expérimental : un enseignant qui n'était pas impliqué dans cette étude donnait à chaque participant une balle. La balle contenait soit le numéro 1 (groupe expérimental), soit le numéro 2 (groupe contrôle). Il n'est pas explicitement précisé si cet enseignant pouvait savoir quelle balle contenait quel numéro.

Les deux groupes ont reçu un manuel éducationnel pour les familles confrontées au suicide (soutien habituel). Seuls les membres du groupe expérimental ont ensuite reçu une éducation supplémentaire assurée par les chercheurs de l'étude. Cette étude n'a donc pas été réalisée en double aveugle. En effet, les chercheurs ont eux-mêmes donné l'enseignement sur le suicide aux participants du groupe expérimental. Ils savaient donc qui faisait partie du groupe expérimental. De plus, les participants des deux groupes pouvaient entrer en contact durant la période des trois mois entre la première et la deuxième évaluation. Il y a donc un risque, en sachant qui participait à l'étude, que les participants découvrent une différence de traitement.

Les chercheurs affirment que le groupe expérimental et le groupe contrôle étaient comparables en dehors du traitement reçu.

La taille de l'échantillon était de 64 personnes par groupe ou 128 personnes pour les deux groupes, avec un effet moyen\* à 0.50. Au départ, 176 personnes ont participé à l'étude en remplissant trois questionnaires. Après trois mois, seules 74 personnes ont à nouveau remplis ces questionnaires. Il n'y a donc que 74 personnes qui ont entièrement participé à l'étude. L'échantillon était bien plus petit que prévu, ce qui « remet potentiellement en question la validité des conclusions statistiques de l'étude » (Loiselle, 2007, p.274).

Les résultats montrent une différence statistiquement significative\* ( $p < 0.05$ ) entre les deux groupes dans les échelles 1 et 3 mais pas dans l'échelle 2.

La validité de contenu\*, la cohérence interne\* et la constance\* des trois échelles ont été vérifiées. Les trois échelles ont été montrées à six professionnels (deux psychiatres, deux infirmières en psychiatrie, deux infirmières en milieu académique et un psychologue) et à 12 membres ayant un proche suicidaire. Cela a permis d'assurer la validité de contenu. Les chercheurs ont également utilisé un test pour s'assurer de la cohérence interne des échelles (coefficient alpha de Cronbach\*) et de la constance des échelles (fidélité de test-retest\*). Selon Loiselle (2007) « la valeur du coefficient de fidélité (ou  $r$ ) va

de 0,00 à 1,00. Plus la valeur est élevée, plus l'instrument de mesure est fidèle (ou constant) » (p.330).

- Échelle 1 : coefficient alpha = 0.92 et test-retest 0.48-0.71
- Échelle 2 : coefficient alpha = 0.89 et test-retest 0.72-0.83
- Échelle 3 : coefficient alpha = 0.56 et test-retest 0.45-0.60

L'échelle 3 a obtenu des valeurs plus basses car elle mesure l'attitude des participants vis-à-vis du suicide. Or, ces attitudes changent souvent avec le temps. Les chercheurs s'appuient sur Polit et Hungler pour affirmer que ces résultats sont suffisants (environ 0.60) si le but est de faire des comparaisons entre les groupes.

#### 6.6.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 6 « Short-term effects suicide education intervention »

Les infirmières pourraient donner ce programme d'enseignement aux familles, afin de rendre celles-ci plus aptes à prendre soin de leur proche et pour augmenter leur attitude positive envers lui. Comme cela a été vu dans le cadre théorique de ce Travail de Bachelor, un des éléments les plus importants dans ces situations est celui de ne pas rester seul. Si les familles sont plus aptes à chercher de l'aide, elles garantissent la mobilisation d'un réseau autour de la personne suicidaire. Ce programme a amélioré la communication des familles et les a rendues plus attentives.

En outre, les chercheurs ont également mis ce programme sur internet pour permettre aux familles d'y avoir librement accès. Finalement, c'est sûrement un programme qui devrait être adapté à la culture des bénéficiaires.

### 6.7 Description étude 7 « Parents-Care »

Cette étude quantitative a pour but d'examiner si un programme de prévention auprès de parents, le Parents-Care (ou P-Care), était faisable, acceptable et pertinent. Le P-Care est un programme de prévention du suicide des jeunes et qui est adressé aux parents de ceux-ci. Il se compose de deux sessions suivies d'un appel téléphonique. L'efficacité à court et à long terme du P-Care a déjà été démontrée avant la réalisation de cette étude. Elle a eu lieu aux Etats-Unis et fait partie d'une plus grande étude.

Au départ, les chercheurs ont utilisé l'échantillonnage probabiliste\* : ils ont sélectionné des adolescents de 20 écoles de façon randomisée. Ensuite, les adolescents sélectionnés remplissaient un questionnaire sur le risque suicidaire. Les adolescents n'étant pas jugés à risque de suicide étaient éliminés de l'étude. Parmi les adolescents sélectionnés, une partie a été sélectionnée de façon randomisée\* pour être attribuée au

groupe « P-Care » de la grande étude. Les chercheurs ont contacté les parents de ces adolescents après avoir obtenu leur accord. L'échantillon était formé de 343 parents (n=343).

Les données ont été collectées de trois manières différentes. Pour évaluer la faisabilité du programme, les chercheurs ont calculé le nombre de participants à l'étude. Pour évaluer l'acceptabilité et la pertinence du programme, les parents ont rempli des échelles de Likert et les intervenants des sessions ont rempli à la fois une échelle de Likert et un autre type d'échelle.

Les données ont été analysées grâce aux statistiques descriptives\* : la moyenne\* et l'écart-type\*. Les chercheurs ont également réalisé des t-tests pour comparer les données obtenues entre les deux sessions et entre les sessions et les données obtenues lors de l'appel téléphonique.

Les parents ont trouvé que le programme P-Care était acceptable et pertinent. Les intervenants ont jugé que les parents participaient activement aux deux sessions. Les parents disent qu'ils ont offert plus de soutien à leur adolescent et qu'ils utilisaient plus l'écoute active. 70% des parents ont affirmé avoir interrogé leur adolescent sur le suicide depuis la dernière session.

#### 6.7.1 Validité méthodologique étude 7 « Parents-Care »

Les chercheurs ont utilisé deux fois la randomisation pour sélectionner les participants de l'étude. En outre, les parents ont été satisfaits du programme en attribuant en moyenne 4.78/5, autant pour la session 1 que pour la session 2, sans qu'il y ait de différence significative. De plus, les parents ont attribué de meilleures notes au soutien apporté par les intervenants qu'au contenu du programme. Par exemple, dans la session 1, l'évaluation des parents sur l'intérêt du contenu était plus basse que celle du soutien de l'intervenant ( $p < 0.000$ ). Les intervenants ont noté la motivation des parents à 4.97/6 à la première session, et à 4.87/6 à la deuxième session, avec  $p < 0.018$ .

Les parents ont plus offert de soutien à leur adolescent entre la session 1 (3.24) et la session 2 (3.59), et le t-test révèle que  $p < 0.00$ . Ils ont été moins frustrés avec leur adolescent entre la session 2 et l'appel téléphonique ( $p < 0.005$ ).

Il y avait des risques de biais dans cette étude. Les intervenants, qui ont évalué les parents, connaissaient leur situation familiale. Par ailleurs, les parents pouvaient avoir envie de faire plaisir aux intervenants en leur attribuant des notes élevées lorsqu'ils remplissaient les échelles de Likert. Finalement, tous les parents n'ont pas répondu à



l'appel téléphonique deux mois et demi après la session 2. Il se peut que les parents qui n'ont pas répondu aient des résultats complètement différents de ceux qui ont répondu.

#### 6.7.2 Utilité pour la pratique professionnelle étude 7 « Parents-Care »

Cette étude décrit en détail le programme de prévention du suicide des jeunes, le P-Care. L'efficacité à court et à long terme de ce programme a déjà été testée ; cette étude montre que les parents ont été satisfaits du programme et qu'ils l'ont jugé acceptable et pertinent.

Durant les deux sessions du P-Care, les parents reçoivent un enseignement, s'entraînent à des techniques de communication et ont la possibilité d'exprimer leur ressenti sur leur situation. Les thèmes abordés sont les signes d'alerte du suicide, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, les mythes sur le suicide, l'écoute active, l'expression des émotions, ... Le P-Care, au vu de son contenu, pourrait être adapté à la culture de la Suisse. Les infirmières pourraient être formées pour fournir ce programme aux familles dont un descendant est à risque de se suicider. Ce programme souligne l'importance de la prévention du suicide, de l'approche familiale et de la collaboration entre les professionnels de la santé et les familles.

### 6.8 Synthèse des principaux résultats

Les familles prenant soin d'un descendant présentant un risque de suicide vivent une expérience difficile. Les études analysées rapportent que les membres de la famille ressentent de la peur, du désespoir, de la honte et la crainte de la stigmatisation. Ils peuvent aussi négliger leur propre santé. Le comportement suicidaire du jeune a, par ailleurs, un impact sur le bien-être de la famille : risque de divorce, sentiment d'être délaissé de la part de la fratrie. Ces familles apprennent à gérer le risque suicidaire, s'informent sur le sujet, surveillent le proche nuit et jour. Elles trouvent aussi des moyens de venir en aide au jeune suicidaire en maintenant les activités de la vie quotidienne et en agissant sur son environnement. Toutefois, ces actions sont entreprises sans l'aide de professionnels de la santé. Le manque de collaboration entre ces familles et les professionnels s'explique par plusieurs raisons : il arrive que les professionnels de la santé refusent de fournir de l'aide, ou alors, que les familles s'isolent elles-mêmes. Les familles auraient surtout aimé connaître plus tôt les signes annonciateurs du comportement suicidaire.

Ensuite, les infirmières confrontées à ces familles dans les services d'urgences du sud du Brésil reconnaissent que la situation est difficile à gérer. La priorité est avant tout la personne qui a tenté de se suicider car sa vie peut être en danger. C'est pourquoi le principal contact des professionnels de la santé et des infirmières envers la famille consiste à recueillir des informations sur la tentative de suicide. Ils peuvent ainsi, par exemple, donner un antidote approprié (Tox Info Suisse 145), anticiper des éventuels effets secondaires et mettre en place les mesures de sécurité adéquates. Il est différent de fournir des soins à la famille de cette personne ; cela nécessite du temps, des compétences d'écoute et une formation qui prépare à ces situations. Les infirmières de ces services affirmaient ne pas trouver le temps nécessaire et n'être pas suffisamment formées pour faire face à de telles situations.

Enfin, il existe des programmes de prévention du suicide des jeunes, dont le « programme d'éducation des familles » et le « Parents-Care ». Le premier programme d'éducation a permis aux familles d'améliorer leur habileté à prendre leur proche suicidaire en charge. Cette amélioration a été observée à court terme. Les parents ayant reçu le Parents-Care l'ont trouvé acceptable et pertinent. Les intervenants ont noté un taux de participation élevé de la part des parents durant les deux sessions de ce programme. Ces programmes ont pour but d'intervenir au sein des familles pour les soigner, pour améliorer la communication familiale et pour fournir un enseignement sur le suicide des jeunes.

## 7 Discussion

### 7.1 Discussion des résultats

Les sources utilisées dans ce travail n'ont pas toutes la même définition de la tentative de suicide ou du comportement suicidaire. La synthèse des résultats pourrait donc être faussée par cet élément.

Par ailleurs, plusieurs études sont parues sur les bases de données depuis la dernière consultation. En effet, deux études réalisées en Corée ont comparé les familles avec un garçon et les familles avec une fille sur l'idéation suicidaire. Elles sont arrivées à la conclusion que la promotion de la santé mentale et la prévention du risque suicidaire chez les adolescents devraient être adaptées en fonction du genre. Dans le service de pédopsychiatrie de Sierre, il n'y a pas de particularité de prise en charge en fonction du sexe (C. Carrère, communication personnelle, [Courrier électronique], 17 juin 2015). L'association Pars Pas ne fait pas non plus de différence dans la prévention en fonction du sexe, mais elle tient compte « des difficultés qu'ont les garçons à identifier et exprimer

leurs émotions, à chercher de l'aide et les conséquences que cela peut avoir en matière de suicide » (V. Gay-Crosier, communication personnelle, [Courrier électronique], 24 juin 2015).

En outre, une étude réalisée en Iran a fait des recherches sur la dimension culturelle liée à la tentative de suicide chez l'adolescent. Quatre membres des familles ainsi qu'une infirmière ont participé à l'étude. Les chercheurs ont obtenu cinq thèmes qui pourraient être utilisés pour expliquer le processus de la tentative de suicide chez l'adolescent iranien.

Enfin, une échelle d'évaluation des compétences des familles sur la prise en charge du proche suicidaire a été développée à Taiwan en 2014. D'après les résultats, cette échelle a une validité satisfaisante. Elle ne serait toutefois pas généralisable\*. Les chercheurs ont en effet relevé deux risques de biais. Premièrement, les familles renvoyaient leur questionnaire par la poste à cause de la stigmatisation du suicide dans la société de Taiwan. Les familles qui ont renvoyé leur questionnaire pourraient avoir de meilleurs compétences dans la prise en charge du suicidant que celles qui ne l'ont pas renvoyé. Deuxièmement, 80,6% des participants étaient religieux. Cela pourrait être une limitation à l'utilisation de cette échelle dans des pays où la religion n'est pas un élément-clé dans la vie des personnes. Cette échelle devrait donc être testée et adaptée à différents hôpitaux et pays.

## 7.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des résultats

Les chercheurs des études (qualitatives et quantitatives) avaient tous une expérience ou des connaissances sur le suicide ou sur les tentatives de suicide. Selon Loiselle (2007), « dans une étude qualitative, les chercheurs sont les instruments de la collecte des données... leur formation, leurs qualifications et leur expérience sont importantes pour assurer l'authenticité des résultats » (p.340). Par ailleurs, ce travail ne contient que peu de littérature suisse et aucune étude réalisée en Suisse. La transférabilité\* des conclusions de ces études au contexte suisse peut donc être remise en question. En outre, dans plusieurs études, l'échantillon était constitué majoritairement de femmes. Finalement, les chercheurs ont été confrontés dans leurs études à la stigmatisation qui entoure le suicide. Les participants des études sont ceux qui osaient aborder le sujet. Il se pourrait que la population qui n'a pas osé aborder le sujet aurait pu fournir des données différentes aux chercheurs. Par exemple, le programme d'éducation que les chercheurs testaient pourrait ne pas convenir à certaines familles dont un descendant est à risque de se suicider.

### 7.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature a des limites. Les études de sources secondaires comme les méta-analyses\* ou les métasynthèses\* n'ont pas pu être utilisées. La majorité des études de ce travail ont donc un faible niveau de preuve. Ensuite, cette revue de la littérature se centre sur la problématique du risque suicidaire des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Le suicide fait pourtant partie des trois causes principales de décès chez les personnes âgées (Charazac-Brunel, 2002, p.69). Finalement, il ne s'agit pas d'une revue systématique de la littérature, par conséquent des éléments pourraient manquer à la compréhension et à l'analyse de la problématique.

## 8 Conclusion

### 8.1 Propositions pour la pratique

L'infirmière devrait connaître les associations de la région de la famille dont un descendant présente un comportement suicidaire. En effet, les associations peuvent faire partie intégrante du réseau de sécurité autour de la personne présentant un risque de suicide. En Valais, il existe des réseaux de soutien pour les personnes dont un proche présente des problèmes de santé mentale : « Familles et troubles bipolaires », « Profamille » dans le cas de schizophrénie, « Association de Personnes Concernées par les problèmes liés à la Drogue », « Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique », « Pars Pas », etc. (Brochure à télécharger sur [www.synapsespoir.ch](http://www.synapsespoir.ch) : « Santé mentale : s'orienter dans le Valais romand »). Toutes les associations et institutions en Valais sont référencées par le Réseau Entraide Valais (<http://www.revs.ch/fr/>) dans le but de répondre aux personnes en situation de détresse.

Les infirmières pourraient également proposer des groupes de parole pour ces familles. Il existe de tels groupes dans les associations. D'après les résultats de l'étude réalisée au Danemark, les parents dont l'enfant a commis une tentative de suicide ont tiré des bénéfices grâce aux groupes de soutien. Ces groupes présentent de nombreux avantages : partager leur expérience commune, exprimer des sentiments difficilement avouables en société, éviter l'isolement des familles. Un autre avantage serait la diminution de la stigmatisation du suicide, en abordant le sujet en groupe.

Toutefois, la question des groupes de parole pour les personnes dont un membre présente un comportement suicidaire a été abordée par l'association Pars Pas (prévention du suicide en Valais). Cette association ne propose pas de groupe de soutien pour les personnes dont un proche a un comportement suicidaire. Valérie Gay-Crosier,

directrice et responsable des prestations de l'association, tient les propos suivants : « je trouve ça (groupe de soutien pour les personnes dont un proche a un comportement suicidaire) risqué en terme de dynamique de groupe. Je pense également que si cela doit être fait, ce serait sous la houlette d'un psychiatre » (V. Gay-Crosier, communication personnelle [Courrier électronique], 11 mai 2015). Il semblerait que cette association souhaiterait éviter par exemple qu'un membre d'un tel groupe fasse naître des craintes supplémentaires chez d'autres membres. De plus, elle redouterait que la situation du groupe puisse être profondément ébranlée si un suicide avait effectivement lieu. Cette association organise des groupes de soutien pour personnes endeuillées suite à un suicide. Les personnes qui désirent aider un proche suicidaire peuvent bénéficier d'appels téléphoniques et d'entretiens individuels.

Par ailleurs, les infirmières pourraient participer activement à la mise en place du suivi post-hospitalisation de l'enfant ou de l'adolescent qui présente un risque de suicide. Dans le service de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent à Sierre, les parents sont considérés comme partenaires de la prise en charge de l'enfant. Le médecin met en place le suivi post-hospitalisation avec un pédopsychiatre. Les infirmières pourraient fournir aux parents un enseignement pour la prise en charge du risque suicidaire de l'enfant une fois de retour à domicile. Un tel enseignement pourrait se baser sur les propositions de Townsend (voir p.20 de ce Travail de Bachelor).

De plus, le partenariat entre la famille et l'infirmière pourrait être renforcé. En effet, la famille a des compétences pour prendre en charge son descendant suicidaire. Elle connaît le passé et la situation actuelle de son proche suicidaire. Elle observe également tous les jours son comportement. Tous ces éléments font de la famille un partenaire-clé dans la prévention du suicide.

Enfin, l'infirmière peut travailler en prévention primaire en s'adressant à la population en générale. En effet, certaines familles auraient aimé reconnaître plus tôt les signes d'alerte de leur proche. Par ailleurs, les études confirment que ces familles ont des idées fausses (voir p.19 de ce Travail de Bachelor), ce qui freine considérablement la prise en charge de leur proche. « A l'instar des maladies psychiques, le suicide est, lui aussi, un sujet de société porteur d'un fort tabou » (OFS, 2005, p.6). La stigmatisation qui entoure ce sujet implique que de nombreuses personnes concernées ne recherchent pas d'aide (OMS, 2014, p.7). Les études analysées ont révélé que certains parents avaient honte de leur situation et ne rentraient pas en contact avec les professionnels de la santé.

Les infirmières devraient donc s'adresser à toute la population. Il s'agirait de faire connaître les signes d'alerte au public mais aussi de lutter contre les idées fausses. Par

ailleurs, l'effet Werther\* est à prendre en compte dans cette proposition pour la pratique. La manière de parler du suicide à la population peut provoquer des effets néfastes comme des vagues de suicide. Il convient donc de soigner la manière d'aborder le sujet.

## 8.2 Propositions pour la formation

Le programme de formation continue en santé et social 2014-2015 à Genève propose un CAS (Certificate of Advanced Studies) en Santé de l'enfant et de la famille et un autre CAS en Santé de l'adolescent et de la famille. Ces deux formations proposent l'approche systémique des familles. Il existe également un DAS (Diploma of Advanced Studies) en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille. Il existe également un DAS en promotion de la santé. Le DAS en Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille aborde la crise suicidaire à l'adolescence ainsi que l'homophobie à l'adolescence qui est un facteur de risque du suicide (A. Chappuis, communication personnelle [Entretien], 17 juin 2015).

Ces formations pourraient promouvoir la mise en place d'un réseau de sécurité autour de la personne suicidaire. Les infirmières qui suivraient ces cours pourraient ainsi contribuer à la prévention du suicide des jeunes. Non seulement elles feraient partie d'un tel réseau mais elles pourraient aussi le coordonner.

Les infirmières ont besoin d'être formées en communication. Les cours de formation en communication devraient accorder une place primordiale à la pratique, pour l'entraînement aux situations de tentatives de suicide, par exemple. Dans des services comme les urgences, la compétence de communicateur est prioritaire face aux familles. Dans un service d'urgences en Valais, il semblerait que les infirmières s'occupent d'abord de l'état physique du patient qui arriverait pour une tentative de suicide et seulement ensuite de son état psychique. C'est le médecin qui avertirait et parlerait à la famille après avoir obtenu l'accord du patient. Les infirmières accompagnent la famille près du patient et répondent à leurs questions. Selon une infirmière de ce service, cette étape se passerait de différentes façons suivant les capacités d'écoute de l'infirmière (Anonymat souhaité, communication personnelle [Courrier électronique], 7 mai 2015). Une consultation psychiatrique a ensuite lieu lorsque le patient est en état de rentrer en communication thérapeutique.

En formation bachelor en soins infirmiers, les étudiants pourraient être sensibilisés aux signes d'alerte d'un risque suicidaire chez l'adolescent.

Les infirmières pourraient également être formées à dispenser des programmes de prévention du suicide des jeunes adressés aux familles.

### 8.3 Propositions pour la recherche

Une échelle d'évaluation des compétences des familles de prise en charge du suicide a été développée à Taiwan en 2014. D'après les résultats, cette échelle pourrait être utilisée par les infirmières dans le contexte de Taiwan. La Suisse pourrait, elle aussi, faire des recherches sur la création d'outils spécifiques à la prise en charge de ces familles.

Les chercheurs pourraient également créer et tester un programme de prévention du suicide des jeunes adressé aux familles pour la Suisse.

Par ailleurs, les personnes de plus de 70 ans sont celles qui se suicident le plus « dans toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les jeunes » (OMS, 2014, p.7). Or, en Suisse, « dans le domaine de la prévention du suicide, les offres destinées aux personnes âgées sont insuffisantes » (OFS, 2005, p.5). Des recherches pourraient être entreprises pour permettre de développer l'aide aux personnes âgées.

Finalement, comme le suicide est un problème complexe, la prévention venant d'une seule source, comme celle des soins infirmiers, ne suffit pas (OMS, 2014, p.11). De plus, les différentes approches de prévention du suicide (individuelle, familiale, communautaire, sociétale) sont complémentaires. En effet, les stratégies comprenant de multiples angles d'approche font diminuer le taux de suicide (OMS, 2014, p.42). Enfin, selon l'OMS (2014), les facteurs importants dans la prévention du suicide sont : une stratégie nationale, le soutien public mais aussi les connaissances scientifiques et fondées sur la pratique (p.12). En Suisse, un plan d'action pour la prévention du suicide est en cours d'élaboration. Dirigé par l'OFSP, office fédéral de la santé publique, il devrait être achevé en 2016 (Réseau Entraide Valais, 2015, sondage prévention du suicide). Comme la recherche fait partie des thématiques de ce plan d'action, il se pourrait que les infirmières suisses bénéficient des résultats de futures recherches.

## 9 Références bibliographiques

- American psychiatric association DSM-IV-TR. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington : American Psychiatric Publ.
- Bardin, L. (2005). *L'analyse de contenu* (11<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Bee, H., & Boyd, D. (2008). *Les âges de la vie : Psychologie du développement humain* (3<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent : ERPI.
- Bell, M.J., Campagna, L., Duhamel, F. (Dir.), Goudreau, J., Paul, D., Pelchat, D.,... Wright, M.L. (1995). *La santé et la famille : Une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal : gaëtan morin éditeur.
- Blackburn, Y. M., & Cottraux, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Elsevier Masson. Accès <http://www.choixdecariere.com/enseignement-universitaire/edu-5671-le-counselling-theories-et-pratique-l/>
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* (5<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Buriola, A. A., De Oliveira, M. L. F., Arnauts, L., Marcon, S. S., & Das Neves Decesaro, M. (2011). Nursing Assistance to a Family of a member who attempted suicide. *Anna Nery School Journal of Nursing*, 15(4), 710-716.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 823-832. Accès 10.1111/jan.12243
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Charazac-Brunel, M. (2002). *Prévenir le suicide*. Paris : Dunod.



CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10<sup>e</sup> éd.). (1993). Volume 1. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Contrer la stigmatisation. (S.d.). *Documents à télécharger*. Accès <http://www.contrerlastigmatisation.ca/document.shtml?page=home>

Coresloc. (2013). *Evaluation des compétences*. (S.I.) : (s.n.).

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. C. (2012). *Diagnostics infirmiers* (3<sup>e</sup> éd.). Bruxelles : Editions De Boeck Université.

Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., & Schultz, A. (2005). Transforming Health Care from the Inside Out : Advancing Evidence-Based Practice in the 21st Century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335-344.

Hooven, C. (2013). Parents-CARE : A Suicide Prevention Program for Parents of At-Risk Youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 85-95.

Hôpital du Valais. (2015). *Psychiatrie et Psychothérapie*. Accès <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/psychiatrie-et-psychotherapie.html>

Howell, D. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles : Editions De Boeck Université.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder S. (2012). *Soins infirmiers Théorie et Pratique* (2<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent : ERPI.

La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. (S.d.). *Le VIH et le bien-être émotionnel*. Accès <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/bien-etre-emotionnel/1/1-5>

Le Temps. (S.d.). *Rendre l'arme ?*. Accès [http://www.letemps.ch/Page/Uuid/b7b97c7c-1fcb-11e0-b40d-ceae105774bf/Rendre\\_larme](http://www.letemps.ch/Page/Uuid/b7b97c7c-1fcb-11e0-b40d-ceae105774bf/Rendre_larme)

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI.

Marcelli, D., & Berthaut, E. (2001). *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson.

McLaughlin, C., MsGowan, I., O'Neill, S., & Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal of Mental Health*, 1-5. doi : 10.3109/09638237.2014.928402

Nosek, C.L., (2008). Managing a Depressed and Suicidal Loved One at Home. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(5), 36-44. Accès <https://remote.hevs.ch/ehost/pdfviewer/,DanaInfo=.awfdCeEki0lys057Os54+pdfviewer?sid=aa8ed709-a282-4ddf-b514-84d99f63eafc%40sessionmgr4001&vid=12&hid=4107>

Office fédéral de la statistique. (2014). *Taux de suicide*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/21/02/ind32.indicator.70301.3201.html>

Office fédéral de la statistique. (Ed.). (2014). *La mortalité en Suisse et les principales causes de décès en 2012*. Neuchâtel : (s.n.).

Organisation mondiale de la Santé. (2014). Accès <http://www.who.int/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide : le suicide est évitable*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève : Editions de l'OMS. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/>

Perret-Catipovic, M. (2004). *Le suicide des jeunes : comprendre, accompagner, prévenir*. Saints-Geosmes : Editions Saint-Augustin.

Police Valais. (2015). *Livres des statistiques du domaine judiciaire*. Accès <http://www.policevalais.ch/publications-et-medias/statistiques/>

Réseau Entraide Valais. (2015). *Le réseau*. Accès <http://www.revs.ch/fr/reseau/en-bref-0-217>

Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie. (2015). *Echelles et questionnaires : troubles dépressifs*. Accès <http://www.resapsad.org/page/echelles-et-questionnaires>

Satet, P. (2009). *Tout savoir sur le suicide pour mieux le prévenir*. Lausanne : Editions Favre SA.

Service Central de Prévention de la Corruption. (2004). *Rapport d'activité pour l'année 2004 à Monsieur le Premier Ministre et Monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice*. Paris : (s.n.). Accès <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000473/index.shtml>

Stop Suicide. (S.d.). *Les médias et l'effet d'imitation*. Accès <http://www.stopsuicide.ch/site/content/les-m%C3%A9dias-et-leffet-dimitation>

Sun, F.K., Chiang, C.Y., Chen, W.J., Wang, R.H., Huang, H.M., & Lin, Y.H. (2014). Development and psychometric testing of the Suicide Caring Competence Scale (SCCS) for family caregivers in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 284-289. doi : 10.1016/j.etiqe.2014.01.001

Sun, F.K., Chiang, C.Y., Lin, Y.H., & Chen, T.B. (2013). Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 91-102. Accès 10.1111/jocn.12092

Sun, F.K., Long, A., Huang, X.Y., & Chiang, C.Y. (2009). A Grounded Theory Study of Action/Interaction Strategies Used When Taiwanese Families Provide Care for Formerly Suicidal Patients. *Public Health Nursing*, 26(6), 543-552. Accès 10.1111/j.1525-1446.2009.00813.x

Townsend, M.C. (2010). *Soins infirmiers Psychiatrie et santé mentale* (2e éd.). Saint-Laurent : ERPI.

Université de Liège, Bibliothèque de la Faculté de Médecine. (2012). *Définition des principaux types d'études*. Accès [http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/typ\\_etud.htm](http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/typ_etud.htm)

Wright, L.M., & Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille* (3e éd.). Saint-Laurent : ERPI.

## **10 Annexes**

Annexe I : Tableaux de recension

Nosek, C.L., (2008). Managing a Depressed and Suicidal Loved One at Home. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(5), 36-44. Accès

<https://remote.hevs.ch/ehost/pdfviewer/DanaiInfo=.awfdCeEki0lys057Os54+pdfviewer?sid=aa8ed709-a282-4ddf-b514-84d99f63eafc%40sessionmgr4001&vid=12&hid=4107>

<p><b>Devis ou type d'étude :</b> Qualitative, théorisation ancrée Glaser et Strauss</p> <p><b>Paradigme :</b> naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b></p> <p>IV</p>	<p><b>Échantillon : n=17</b> Membres familiaux.</p> <p>Parmi les membres familiaux, la relation avec la personne dépressive et suicidaire : -conjoint (n=7) -dans 5 familles, le ou les parents ont participé -un membre d'une fratrie -une fille adulte</p> <p><b>Échantillonnage :</b> Par choix raisonné.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b> Avoir vécu un épisode récent (entre 1 et 6 mois) d'hospitalisation d'un membre de sa famille pour cause du risque de suicide.</p> <p>Parler anglais.</p> <p>Avoir au moins 18 ans.</p>	<p><b>But :</b> Examiner les processus utilisés à domicile par les familles lorsqu'elles prennent soin d'un de leur membre dépressif et suicidaire.</p> <p><b>Question (non formulée dans l'étude):</b> Quels sont les processus utilisés à domicile par les familles qui prennent soin d'un de leur membre dépressif et suicidaire ?</p>	<p><b>Cadre théorique :</b> Théorisation ancrée de Glaser et Strauss.</p> <p>L'approche de construction sociale de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss.</p>	<p><b>Considérations éthiques :</b> Chaque patient dépressif et suicidaire des familles a donné son consentement par écrit pour autoriser les chercheurs à contacter sa famille.</p> <p>Consentement écrit signé par les participants.</p> <p>Les données ont été traitées confidentiellement.</p> <p><b>Méthode de collecte des données :</b> Entretiens semi-structurés enregistrés par audio et ensuite transcription du verbatim.</p> <p>Première question : « dites-moi qu'est-ce que c'est de vivre avec votre proche qui déprime et a des idées de suicide ? »</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Théorisation ancrée.</p>	<p><b>Limites de l'étude :</b> Les participants prenaient soin d'un proche avec une dépression sévère et un risque de suicide qui nécessitait une hospitalisation. On ne sait pas très bien si le modèle théorique développé conviendrait aussi dans le cas de dépression moins sévère.</p> <p>Le modèle théorique obtenu devrait convenir à d'autres familles qui soignent un proche avec le même degré de dépression mais de prochaines recherches sont nécessaires pour tester le modèle théorique et déterminer sa complète application.</p> <p>L'étude ne permet que de deviner ce qui pourrait être nécessaire pour aider ces familles.</p>	<p><b>Résultats :</b> Théorie : « <i>maintenir la vigilance par la gestion</i> ». C'est un processus continu qui ne prend jamais fin. Théorie qui ressort quel que soit le rôle du participant à l'étude dans la famille.</p> <p><b>Ne pas savoir</b> (que le proche est dépressif et suicidaire) <b>Identifier</b> (que qqch ne va pas, tout en cherchant de l'information). <b>Gagner en conscience</b> (de la dépression et du risque de suicide). <b>Connaître et comprendre</b> (ce qui ne va pas, comprendre permet de réagir aux comportements). <b>Entrer en action</b> (essayer plusieurs approches, ne pas laisser la personne seule). <b>Regarder et attendre</b> (présence d'une amélioration ?). <b>Atteindre les limites.</b> <b>Ne pas vouloir savoir</b> (car c'est trop dur, mais aucun participant ne supportait de ne rien savoir).</p> <p><b>Conclusions :</b> Les familles ont été profondément touchées par la gestion de cette expérience (proche dépressif et suicidaire). Le modèle théorique permet de comprendre comment les familles prennent soin, soutiennent et surveillent leur proche. Elles ont besoin de soutien de la part des professionnels de la santé mentale pour trouver des stratégies qui leur permettraient de préserver leur propre intégrité et de prendre soin de leur proche.</p>
---	--	---	---	--	---	--

McLaughlin, C., MsGowan, I., O'Neill, S., & Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal of Mental Health*, 1-5. doi : 10.3109/09638237.2014.928402

<p><b>Devis ou type d'étude :</b> qualitative</p> <p><b>Paradigme :</b> naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b>  IV</p>	<p><b>Échantillon :</b> <b>n=18</b> 4 hommes et 14 femmes,  7/18 participants ont été endeuillés par la mort de leur proche suicidaire, 11/18 participants vivaient avec leur proche suicidaire.</p> <p><b>Échantillonnage :</b> Échantillonnage accidentel. Échantillon de volontaire : un appel a été publié dans les journaux locaux.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b> Avoir plus de 18 ans  Avoir vécu ou être en train de vivre avec un membre de sa famille suicidaire.</p>	<p><b>But :</b> Explorer l'expérience vécue par les personnes qui prennent soin d'un membre de leur famille suicidaire.</p> <p><b>Question de recherche (n on formulée dans l'étude) :</b> Quelle est l'expérience vécue par les familles qui prennent soin d'un proche suicidaire ?</p>	<p><b>Concept :</b> Le terme « comportement suicidaire » inclue toute pensée ou comportement menaçant la vie, comme l'idéation suicidaire, l'auto-mutilation et les tentatives de suicide. (Maris et al. :....).</p>	<p><b>Méthode de collecte :</b> Entretiens en profondeur semi-structurés.</p> <p><b>Méthode d'analyse :</b> Analyse thématique de Newall et Brunard.</p>	<p><b>Considérations éthiques :</b> Consentement éclairé signé par les participants. Autonomie des participants respectée. Numéro de code randomisé pour garantir l'anonymat de chaque participant. Si le patient se sentait mal pendant l'entretien, l'interviewer était capable de fournir les premiers soins en santé mentale.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b> Compte tenu du tabou et de la stigmatisation qui entoure le suicide et le comportement suicidaire, les familles réticentes à parler peuvent avoir un point de vue différent des participants volontaires de cette recherche.</p>	<p><b>Résultats :</b> 4 thèmes prédominants dans les déclarations des participants : « <b>fardeau familial</b> », Prendre en charge un proche suicidaire affecte toute la famille, dans les AVQ et les relations avec autrui. La famille est en hyper-vigilance.  « <b>pressions concurrentes</b> », La menace suicidaire est un stress plus élevé que les stress de la vie quotidienne. Les parents et les enfants doivent organiser et faire fonctionner leur vie quotidienne avec ce stress supplémentaire.  « <b>le secret et la honte</b> », À cause de la demande du suicidaire de ne pas parler de la situation et de la stigmatisation, les participants pensaient qu'ils n'avaient pas le droit de partager leurs pensées et sentiments.  « <b>le désespoir et la culpabilité</b> ». Culpabilité de ne pas avoir pu empêcher son proche d'avoir tenté de se suicider.</p> <p><b>Conclusions :</b> Le comportement suicidaire d'un membre d'une famille a un impact très fort sur tous les membres de la famille. Ils s'inquiètent et ruminent constamment sur le risque suicidaire de leur proche. Les activités de la vie quotidiennes sont sérieusement affectées et ils ressentent un profond sentiment de désespoir et de détresse. Les familles ont besoin de reconnaissance, d'empathie, de compassion et de soutien psychologique de la part des professionnels de la santé dont les infirmières.</p>
--	---	--	--	--	---	---

## Etude 2

Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 823-832. Accès 10.1111/jan.12243

<p><b>Devis ou type d'étude :</b> Qualitative.</p> <p>Groupe focus = groupe de discussion.</p> <p><b>Paradigme :</b> Naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> IV</p>	<p><b>Échantillon : n=14</b> Une personne a participé aux deux groupes.</p> <p>Dans le groupe focus 1 se trouvaient 3 hommes et 3 femmes.</p> <p>Dans le groupe focus 2 se trouvaient 3 hommes et 6 femmes.</p> <p><b>Échantillonnage :</b> Par choix raisonné.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b> Avoir participé aux séances de groupe NEFOS en 2010 et 2011.</p> <p>Être le parent d'un enfant ayant tenté de se suicider.</p>	<p><b>But :</b> Explorer l'expérience des parents dont l'enfant a tenté de se suicider et savoir comment ces parents réagissent à la pression psychosociale accrue suite à la (aux) tentative(s) de suicide.</p> <p><b>Question de recherche (non formulée dans l'étude) :</b> Quelle est l'expérience vécue par des parents dont l'enfant a tenté de se suicider et comment réagissent-ils à la pression psychosociale accrue suite à la (aux) tentative(s) de suicide ?</p>	<p><b>Considérations éthiques :</b> Si un participant se sentait stressé, un conseiller de NEFOS était appelé.</p> <p>Un comité d'éthique et une agence de protection des données (National Committee on Health Research Ethics et le Danish Data Protection Agency) ont été informés de cette étude.</p> <p>Le consentement éclairé a été donné par les participants.</p> <p>Les données et les extraits de propos des participants ont été traités confidentiellement et anonymement.</p> <p>Il y a un risque d'interpréter la situation comme une exploitation de relation (passer par le réseau de soutien NEFOS pour accéder aux parents).</p> <p>Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.</p> <p>L'étude a été financée par le Fond de Recherche Psychiatrique du sud du Danemark.</p>	<p><b>Cadre de référence :</b> Perspective interactionniste. (Bury, Chronic illness as biographical disruption) (Bury, The sociology of chronic illness : a review of research and prospects.)</p> <p>Les interprétations de la signification personnelle et sociale du comportement suicidaire des parents étaient basées sur leurs interactions lorsqu'ils parlaient du sujet.</p> <p><b>Méthode de collecte des données :</b> Un des interviewers a pris des notes durant les discussions.</p> <p>Les deux groupes de discussion ont été enregistrés sur bande audio, puis les enregistrements ont été retranscrits.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Combinaison d'une analyse thématique et d'une analyse sur la manière dont les thèmes étaient négociés durant les interactions.</p>	<p><b>Limites de l'étude :</b> Comme les participants ont été recrutés dans un programme d'aide et de conseil (NEFOS), leurs expériences ont été influencées par ce programme.</p> <p>L'interviewer qui menait la discussion est volontairement peu intervenu. Par conséquent, certains sujets n'ont pas été explorés.</p> <p>La taille et la composition des deux groupes de discussion étaient différentes.</p> <p><b>Conclusions :</b> Le soutien offert par les infirmières aux familles pourrait inclure du conseil et de la psychoéducation sur la reconnaissance des signes d'alerte, les compétences de communication les stratégies de coping.</p>	<p><b>Résultats :</b> Emotions et sentiments ressentis par les parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peur d'une nouvelle tentative de suicide,</li> <li>- Désespoir, colère et culpabilité vis-à-vis de l'enfant suicidaire,</li> <li>- Culpabilité vis-à-vis des autres enfants,</li> <li>- Honte,</li> <li>- Stress intense, prolongé et insupportable.</li> </ul> <p>Après la tentative de suicide de l'enfant, les parents se sentent isolés car ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Étaient convaincus que personne ne les comprendrait.</li> <li>- Avaient honte, car il existe la croyance qu'un tel événement ne peut arriver que dans une famille malade.</li> </ul> <p>La tentative de suicide de l'enfant est un événement dramatique qui affecte toute la famille.</p> <p>Les parents décrivent leur expérience comme un double traumatisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traumatisme de la tentative de suicide</li> <li>- Le traumatisme lié à l'impact du comportement suicidaire sur le bien-être de la famille (risque de divorce des parents, la fratrie se sent négligée par les parents, conflit dans les relations interpersonnelles).</li> </ul>
--	---	---	---	--	---	--

Sun, F.K., Long, A., Huang, X.Y., & Chiang, C.Y. (2009). A Grounded Theory Study of Action/Interaction Strategies Used When Taiwanese Families Provide Care for Formerly Suicidal Patients. *Public Health Nursing*, 26(6), 543-552. Accès 10.1111/j.1525-1446.2009.00813.x

<p><b>Devis ou type d'étude :</b> Qualitative, théorisation ancrée de Strauss et Corbin.</p> <p><b>Paradigme :</b> Naturaliste Modèle du paradigme chez Strauss et Corbin (Loiselle, 2007, p.419)</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> IV</p>	<p><b>Echantillon : (n=30)</b> Ex-patients suicidaires (n=15). Soignants familiaux de Taiwan (n=15)</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Par choix raisonné puis échantillonnage théorique.</p> <p><b>Critères d'inclusion pour les ex-patients :</b> Avoir eu des idées suicidaires pendant 2 semaines ou avoir déjà tenté de se suicider. Accepter d'être interviewé au minimum 7 jours après sa sortie d'hôpital.</p> <p><b>Critères d'inclusion pour les soignants de la famille :</b> Avoir fait l'expérience d'au moins 3 jours de prise en charge de son proche suite à sa sortie d'hôpital.</p>	<p><b>Buts :</b> Explorer les soins familiaux à un proche suite à sa sortie d'hôpital lorsque le motif d'hospitalisation est une tentative de suicide ou des idées suicidaires. Développer une théorie à partir des découvertes (cette étude fait partie d'une plus grande étude dont le but est de développer une théorie sur les perceptions des familles et des ex-patients suicidaires à domicile après sa sortie de l'hôpital.)</p> <p><b>Question (non formulée dans l'étude):</b> Comment est-ce que les familles prennent soin de leur proche suite à sa sortie d'hôpital lorsque le motif d'hospitalisation était une tentative de suicide ou des idées suicidaires ?</p>	<p><b>Cadre théorique :</b> Théorisation ancrée de Strauss et Corbin.</p> <p>Modèle du paradigme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situations</li> <li>- Contextes</li> <li>- Actions/stratégies interactionnelles</li> <li>- Conséquences</li> </ul>	<p><b>Considérations éthiques :</b> Cette recherche a été soumise aux comités d'éthique de 2 hôpitaux de Taiwan et a obtenu leur permission.</p> <p>Formulaire de consentement éclairé signé par chaque participant.</p> <p>Critères rigoureux pour déterminer si la personne est apte à participer sur le moment à l'étude.</p> <p>Confidentialité et anonymat garantis par l'utilisation de codes.</p> <p>Cette recherche a été financée par le National Science Council.</p> <p><b>Méthode de collecte des données :</b> Entretiens en profondeur.</p>	<p><b>Méthodes d'analyse et logiciels :</b> Comparaisons constantes. Combinaison du cadre analytique de Strauss et Corbin avec les 12 étapes analytiques d'Eaves.</p> <p><b>Types d'encodage :</b> ouvert, axial et sélectif</p> <p><b>Logiciel :</b> QRS NUD*IST N7</p> <p><b>Limites de l'étude :</b> Difficulté à collecter des données car dans la culture de Taiwan, le suicide et les tentatives de suicide suscitent de la honte. Ainsi, il a fallu une année pour collecter les données.</p> <p>Les données ont été collectées 6 semaines après l'hospitalisation. Les recherches futures devraient évaluer la situation 6 mois après l'hospitalisation pour découvrir d'autres expériences de soin.</p> <p>3/15 des ex-patients étaient des hommes.</p>	<p><b>Résultats :</b> Présentation de la section « stratégies d'action/interaction » de la plus grande étude. Les chercheurs ont obtenu 3 catégories-clé et 8 sous-catégories :</p> <p><b>Garder la personne jour et nuit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation constante</li> <li>- Assurer la sécurité</li> </ul> <p><b>Maintenir les activités de la vie quotidienne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fournir les soins de base</li> <li>- Fournir un traitement</li> <li>- Organiser des activités thérapeutiques</li> </ul> <p><b>Créer un environnement stimulant (élevant) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmettre des soins et du soutien</li> <li>- Assurer la tranquillité</li> <li>- Redonner espoir</li> </ul> <p><b>Conclusions :</b> Les familles ont besoin de connaissances et de compétences fondées sur des résultats probants pour réaliser toutes les activités citées ci-dessus. Les infirmières de santé publique pourraient s'inspirer de cette étude pour enseigner à ces familles. Le suicide est un sujet sensible et, dans beaucoup de cultures, les personnes ont honte d'en parler avec les autres.</p> <p>Il est important que les infirmières de santé publique trouvent le moyen d'augmenter les connaissances de la population sur le suicide et promeuvent la santé mentale.</p> <p>Elles pourraient rendre visite aux ex-patients et à leur famille à domicile pour construire une relation de confiance et enseigner des stratégies de prise en charge efficaces.</p> <p>La famille d'un ex-patient suicidaire pourrait utiliser les découvertes de cette étude pour savoir comment agir au mieux.</p>
---	--	--	--	---	--	--

#### Étude 4



Buriola, A. A., De Oliveira, M. L. F., Arnauts, L., Marcon, S. S., & Das Neves Decesaro, M. (2011). Nursing Assistance to a Family of a member who attempted suicide. *Anna Nery School Journal of Nursing*, 15(4), 710-716.

<p><b>Devis, type d'étude :</b> qualitative</p> <p><b>Paradigme :</b> naturaliste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> IV</p>	<p><b>Échantillon :</b> 21 infirmières des services d'urgences d'hôpitaux au Brésil.</p> <p><b>Echantillonnage :</b> Par choix raisonné.</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être infirmière</li> <li>- Avoir travaillé dans les services d'urgences des hôpitaux de 3 villes du Brésil en 2007.</li> <li>- Avoir pris en charge un individu qui a tenté de se suicider.</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être un des auteurs de cette étude,</li> <li>- Ne pas vouloir participer (en raison d'horaires incompatibles avec la réalisation de l'étude),</li> <li>- Travailler seulement dans la gestion du service.</li> </ul>	<p><b>But :</b> Découvrir les soins infirmiers offerts aux familles dont un individu a tenté de se suicider durant la prise en charge initiale de l'évènement.</p> <p><b>Question (non formulée dans l'étude) :</b> Quels sont les soins infirmiers offerts à la famille dont un individu a tenté de se suicider durant la prise en charge initiale de l'évènement ?</p>	<p><b>Cadre de référence :</b> L'analyse de contenu de Bardin L.</p>	<p><b>Considérations éthiques :</b></p> <p>Le projet a été apprécié et approuvé par un comité d'éthique (le COPEP de l'université de Maringa).</p> <p>Tous les participants ont signé un consentement libre et éclairé.</p> <p>L'anonymat des sujets a été respecté grâce à l'identification par des lettres et des numéros.</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> Entrevues semi-structurées individuelles.</p> <p><b>Méthode d'analyse:</b> Analyse de contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pré-analyse</li> <li>- Exploration du matériel</li> <li>- Traitement des résultats et interprétation</li> <li>- Formation des catégories.</li> </ul> <p>Lecture répétée des transcriptions pour dégager des unités pertinentes. A partir des unités, extractions de catégories et sous-catégories.</p> <p><b>Limites :</b> Les auteurs n'ont pas pris de recul pour juger les limites de leur étude.</p>	<p><b>Résultats :</b> Obtention de 2 catégories et 4 sous-catégories.</p> <p>La pratique professionnelle et l'aide à la famille de l'individu qui a tenté de se suicider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche d'informations sur la tentative de suicide</li> <li>- Maintenir informé, une forme d'aide à la famille</li> <li>- Priver la famille de soins : une forme de non-assistance à la famille</li> </ul> <p>Émergence des émotions dans le vécu professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiments éprouvés par les infirmières : une barrière pour une aide humanisée.</li> </ul> <p><b>Conclusions :</b> Les infirmières abordent la famille principalement pour lui demander des renseignements en lien avec la tentative de suicide.</p> <p>Les infirmières culpabilisent de ne pas aider ces familles et ne se sentent pas performantes vis-à-vis de ces familles. Elles disent ne pas toujours avoir les conditions nécessaires, les capacités et la préparation psychologique pour les aider.</p> <p>Elles ont peur d'être en contact avec ces familles. Elles ne savent pas comment aider ces familles et, par conséquent, les évitent. Certaines infirmières évitent aussi ces familles par crainte de pleurer. La prise en charge de ces familles est parfois rendue encore plus difficile parce que les familles ne croient pas possible que leur proche ait fait une tentative de suicide.</p> <p>Les infirmières reconnaissent que l'attention portée à la famille est aussi importante que celle portée au patient.</p>
---	--	--	--	--	---	--

## Étude 5

Sun, F.K., Chiang, C.Y., Lin, Y.H., & Chen, T.B. (2013). Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 91-102. Accès 10.1111/jocn.12092

<p><b>Devis ou type d'étude :</b> Quantitative, Expérimentale avant-après.</p> <p>Essai clinique randomisé.</p> <p><b>Paradigme :</b> Positiviste.</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> II</p>	<p><b>Échantillon :</b> Soignants familiaux de personnes suicidaires (n=74).</p> <p><b>Échantillonnage :</b> Échantillonnage par choix raisonné. La taille de l'échantillon était de 64 personnes par groupe ou 128 personnes pour les deux groupes, avec un effet moyen à 0.50</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir plus de 18 ans</li> <li>• Être la principale personne qui soigne la personne suicidaire</li> <li>• Soigner quelqu'un qui a tenté de se suicider précédemment ou qui a des tendances suicidaires depuis au moins 2 semaines dans le cadre d'une dépression dont l'idéation suicidaire fait partie.</li> <li>• Être d'accord de participer</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusion :</b> Avoir une déficience mentale qui pourrait affecter la capacité de répondre aux 3 questionnaires.</p>	<p><b>But :</b> Évaluer les effets à court terme d'un programme d'éducation sur le suicide. Ce programme est adressé aux familles qui prennent soin d'un proche suicidaire. Les effets sont évalués sur : (1) les habiletés d'une famille à soigner, (2) le niveau de stress dans le soin, (3) l'attitude familiale face aux tentatives de suicide.</p> <p><b>Question (non formulée dans l'étude):</b> Est-ce qu'un programme d'éducation sur le suicide facilite la prise en charge de patient suicidaire chez le soignant familial ?</p> <p><b>Hypothèses directionnelles :</b> Le soignant familial (d'une personne suicidaire) qui a participé au programme d'éducation aura une capacité de soin améliorée par rapport aux autres Il ressentira moins de stress Il aura plus d'attitude positive vis-à-vis des tentatives de suicide</p> <p><b>Variables :</b> <u>indépendante :</u> le programme d'éducation.</p> <p><u>dépendante :</u> les capacités des proches à soigner le patient.</p>	<p><b>Cadre théorique:</b> Théorie de Sun et Long.</p> <p><b>Considérations éthiques :</b> L'étude a obtenu l'approbation de l'Institution Review Board.</p> <p>Les participants avaient le droit d'abandonner la recherche à tout moment.</p> <p>Consentement éclairé obtenu.</p> <p>Codes utilisés pour identifier les participants et les informations.</p> <p>Chaque participant a reçu un petit cadeau pour inciter à rester dans l'étude.</p> <p>Pas de conflit d'intérêt.</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> 3 questionnaires (échelles de Likert)</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Statistiques descriptives (moyenne, écart-type).</p> <p>Test du khi carré et t-test.</p> <p>t-test indépendants</p> <p>Mann-Whitney U-tests</p> <p><b>Logiciel statistique :</b> SPSS version 17.0</p>	<p><b>Faiblesses de l'étude :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cadeau donné aux participants pour les inciter à rester dans l'étude</li> <li>• Difficulté de collecter les données car les familles ne veulent pas que les gens sachent que leur proche fait des tentatives de suicide</li> <li>• Il s'agit d'une étude des effets à court terme (3 mois) seulement.</li> </ul> <p><b>Résultats :</b> L'étude de stress du soignant familial montre une distribution normale de même que la sous-échelle du fardeau émotionnel.</p> <p>Ce qui est statistiquement significatif (<math>p &lt; 0.05</math>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chercher de l'aide dans les ressources</li> <li>- Soigner la personne suicidaire</li> <li>- Echelle d'habileté de prendre soin d'une personne suicidaire</li> <li>- Communication et attention</li> <li>- Traitement</li> <li>- Echelle d'attitude suicidaire</li> </ul>	<p><b>Conclusions :</b> Le programme d'éducation sur les soins liés au suicide a permis aux familles d'augmenter leur habileté à soigner leur proche suicidaire et de générer une attitude positive vis-à-vis de la personne suicidaire.</p>
--	---	---	--	--	--	--

Hooven, C. (2013). Parents-CARE : A Suicide Prevention Program for Parents of At-Risk Youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 85-95.

<p><b>Devis, type d'étude :</b> Quantitative, Statistique descriptive.</p> <p><b>Paradigme :</b> Post-positiviste</p> <p><b>Niveau de preuve :</b> V</p> <p><b>But de la recherche :</b> Examiner la faisabilité, l'acceptabilité et la pertinence d'un programme d'intervention auprès des parents, le P-Care.</p> <p><b>Question de recherche :</b> Est-ce que le programme P-Care est acceptable pour les parents ?</p>	<p><b>Échantillon :</b> <b>n=343</b> 343 parents d'enfants à risque de se suicider.</p> <p><b>Échantillonnage :</b> Cette étude fait partie d'une plus grande étude. Au départ, les chercheurs ont utilisé l'échantillonnage probabiliste : ils ont sélectionné des adolescents de 20 écoles de façon randomisée. Ensuite, les adolescents sélectionnés remplissaient un questionnaire sur le risque suicidaire. Les adolescents n'étant pas jugés à risque de suicide étaient éliminés de l'étude. Parmi les adolescents sélectionnés, une partie a été sélectionnée de façon randomisée à «Parents-Care » de la grande étude. Les chercheurs ont contacté les parents de ces adolescents après avoir obtenu leur accord.</p>	<p><b>Cadre théorique :</b> Parents-Care est une intervention qui repose sur un cadre théorique constitué d'aspects de « la théorie de l'apprentissage social », de « l'entretien motivationnel », des « théories d'acquisition de compétences ».</p> <p><b>Hypothèses :</b> Pas d'hypothèses.</p> <p>Plutôt que de tester des hypothèses, les chercheurs ont choisi de présenter des statistiques descriptives.</p> <p><b>Variables :</b> Le programme P-Care = variable indépendante.</p> <p>Les parents des adolescents à risque de se suicider = variable dépendante.</p>	<p><b>Méthode de collecte des données :</b> Les données ont été collectées en 9 fois.</p> <p>A la fin de l'étude, les chercheurs ont calculé le pourcentage des ménages qui ont participé à la première session et le pourcentage des ménages qui ont participé aux deux sessions.</p> <p>A la fin des 2 sessions, les parents remplissaient une échelle de Likert (1 à 5). A la fin des 2 sessions, les intervenants remplissaient à la fois une autre échelle de Likert (0 à 6), ainsi qu'une échelle d'évaluation (0 à 6).</p> <p>Deux mois et demi après les deux sessions, les intervenants appelaient les parents par téléphone pour leur faire remplir une échelle de Likert (0 à 6). Après le téléphone, les intervenants remplissaient à nouveau l'échelle d'évaluation (0 à 6).</p> <p><b>Considérations éthiques :</b> Les adolescents et les parents ont donné leur consentement éclairé par oral et par écrit pour participer à l'étude.</p>	<p><b>Méthodes d'analyse des données :</b> Statistiques descriptives : moyenne et écart-type.</p> <p>t-test pour répondre à trois questions secondaires : (a) Y-a-t-il des différences de satisfaction entre la session 1 et la 2 ? (b) Est-ce que les parents évaluent différemment certains aspects du programme ? (c) Est-ce que l'attitude des parents ou l'utilisation de compétences ont changé à travers l'étude ?</p> <p><b>Limites de l'étude :</b> Cette étude ne prétend pas démontrer que le comportement des parents ou des jeunes change grâce à la participation à ce programme P-Care. On ne sait pas à quel point les parents utilisaient déjà les compétences testées avant la participation au programme. Il n'y a que quelques notes qui sont comparables entre les deux sessions. Les items qui ont été choisis par les chercheurs pour évaluer l'acceptabilité auraient pu convenir pour évaluer la pertinence et inversement. Les intervenants n'étaient pas aveugles : ils connaissaient les circonstances familiales des participants. De plus, les parents pouvaient avoir envie de faire plaisir aux intervenants quand ils répondaient aux évaluations. Les parents qui n'ont pas pu être atteints par téléphone après les deux sessions vivaient peut-être une situation plus difficile avec leur adolescent que ceux qui ont répondu à l'appel. 80% des participants étaient des femmes.</p> <p><b>Conclusion :</b> Le programme P-Care est une intervention efficace pour les parents dont le jeune présente un risque suicidaire, et il a été prouvé qu'il est bien accepté par les parents. Il valorise la prévention, l'approche familiale et le partenariat entre les cliniciens et les familles.</p>	<p><b>Résultats :</b></p> <p><b>Faisabilité :</b> Participation des ménages : 91% ont participé à la première session, 81.5% ont participé aux deux sessions. 343 parents ont participé à l'étude.</p> <p><b>Acceptabilité :</b> La satisfaction générale des parents sur les deux sessions du programme était élevée, avec une moyenne à 4,78 (sur une échelle de 0 à 5). La note était significativement (<math>p=0.024</math>) plus haute dans la session 2 que dans la 1, en ce qui concerne « les sujets traités m'intéressent ». Les t-tests ont révélé que les parents donnaient de meilleures notes sur le soutien des intervenants que sur le contenu des sessions. Par exemple, dans la session 1, la note sur l'intérêt était plus basse que la note sur le soutien de l'intervenant (<math>p&lt;0.000</math>). Les intervenants ont attribué des notes élevées sur la réponse des parents dans les deux sessions (ex : participation).</p> <p><b>Pertinence :</b> Entre la session 2 et l'appel téléphonique, l'espoir des parents a augmenté (<math>p&lt;0.037</math>) et la frustration a diminué (<math>p&lt;0.005</math>). De plus, les parents ont offert plus de soutien à leur adolescent entre la session 1 et la session 2 (<math>p&lt;0.000</math>). Lors de l'appel téléphonique, les parents ont dit qu'ils utilisaient toujours les « compétences des parents », surtout l'écoute active et l'offre de soutien. La résolution de problème et le fait de parler franchement ont aussi été utilisés mais à des niveaux plus bas. 70% des parents ont dit qu'ils avaient interrogé leur adolescent sur le suicide depuis la dernière session.</p>
--	--	---	---	--	---

## Étude 7

## Annexe II : Glossaire méthodologique

Les définitions suivantes sont toutes tirées de *Méthodes de recherche en sciences infirmières*, dont les références se trouvent dans la bibliographie. La page du livre où se trouve la définition est indiquée à la fin de la définition. Il n'y a que les définitions du conflit d'intérêt, de l'entrevue en profondeur, de MeSH et l'effet moyen qui ne sont pas tirées de ce livre.

**Analyse de contenu** : « processus consistant à classer et à intégrer de l'information narrative et qualitative selon les thèmes et les concepts qui apparaissent » (p.407).

**Analyse thématique** : « l'analyse des documents qualitatifs commence habituellement par la recherche des phénomènes qui apparaissent régulièrement ou des thèmes récurrents » (p.407).

**Biais** : « facteur qui fausse les résultats d'une étude » (p.44).

**Cas servant à confirmer** : « dans l'échantillonnage par choix raisonné, cas qui correspondent aux conceptualisations des chercheurs et assurent une plus grande crédibilité à leurs résultats » (p.277).

**Cas servant à infirmer** : « dans l'échantillonnage par choix raisonné, cas qui ne correspondent pas aux interprétations des chercheurs et remettent donc celles-ci en question » (p.277).

**Coefficients alpha de Cronbach** : « indice de fidélité destiné à mesurer la cohérence interne ou l'homogénéité d'une mesure composée de plusieurs éléments ou sous-parties » (p.332).

**Cohérence interne** : « en tant que mesure de la fidélité d'un instrument, degré auquel les énoncés de cet instrument évaluent toutes le même attribut d'un concept » (p.331).

**Comparaisons constantes** : « technique souvent utilisée dans une analyse reposant sur la théorisation ancrée ; on compare de façon continue les données nouvellement recueillies aux données obtenues plus tôt dans le but de perfectionner les catégories pertinentes sur le plan théorique » (p.415).

**Conflit d'intérêt** : « Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle un agent public a un intérêt personnel de nature à influencer ou paraître influencer sur l'exercice impartial et objectif de ses fonctions officielles » (Service Central de Prévention de la Corruption, 2004, p.26).

**Consentement éclairé** : « principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés des risques et des avantages éventuels » (p.94).

**Constance** : « la constance d'une mesure se vérifie si on obtient les mêmes scores lorsque l'instrument est utilisé auprès des mêmes personnes, mais en différentes circonstances » (p.330).

**Crédibilité** : « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données » (p.44).

**Crédibilité du chercheur** : « crédit que l'on peut accorder à un chercheur, en fonction de sa formation, de ses compétences et de son expérience » (p.340).

**Devis avant-après** : « devis expérimental dans lequel on recueille les données auprès des sujets avant et après une intervention » (p.184).

**Devis expérimental** : « manipulation de la variable indépendante, groupe témoin, répartition aléatoire » (p.183).

**Devis de recherche** : « plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude » (p.60).

**Écart-type** : « statistique la plus souvent utilisée pour mesurer la variabilité dans un ensemble de scores (=SD, standard deviation). L'écart-type nous indique de combien, en moyenne, les scores s'écartent de la moyenne arithmétique » (p.361-362).

**Échantillonnage accidentel** : « sélection des personnes le plus facilement accessibles pour participer à une étude » (p.267).

**Échantillonnage par choix raisonné (purposive sample)** : « méthode d'échantillonnage non probabiliste dans laquelle le chercheur sélectionne les participants d'après le jugement qu'il se fait des personnes les plus représentatives ou les plus en mesure de livrer une grande quantité d'information » (p.269).

**Échantillonnage probabiliste** : « sélection d'unités d'échantillonnage (les participants, par exemple) dans une population à l'aide de techniques aléatoires » (p. 270).

**Échantillonnage non probabiliste** : « le chercheur sélectionne des éléments selon des méthodes non aléatoires » (p.269).

**Échantillonnage théorique** : « dans une étude qualitative, sélection des membres de l'échantillon d'après les conclusions qui émergent au fur et à mesure que l'étude

progresses dans le but de garantir une représentation adéquate des thèmes importants » (p.278).

**Échelle de Likert** : « mesure qui requiert traditionnellement que la personne indique sur une échelle de 1 à 5 si elle est fortement en désaccord (1) ou fortement d'accord (5) avec un énoncé » (p.302).

**Effet moyen** : « Cohen définit un effet moyen comme un effet visible par un observateur intelligent » (Howell, 2008, p.222).

**Encodage** : « processus consistant à transformer des données brutes en données standardisées pour que celles-ci soient traitées et analysées » (p.61).

**Encodage ouvert** : « premier niveau d'encodage dans une étude reposant sur la théorisation ancrée ; encodage descriptif de base applicable au contenu des données narratives » (p.415).

**Entrevue en profondeur** : « collecte d'informations laissant au répondant la possibilité de détailler au maximum et librement son opinion, sur un sujet spécifique. Le rôle de l'intervieweur guide est essentiel, pour, au-delà de la liberté offerte au répondant, canaliser le flux d'informations en direction de l'objet de l'étude et/ou vers des éléments pertinents » (<http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Entretien-en-profondeur-238164.htm>).

**Entrevues de groupe = Focus groups** : « les entrevues de groupe réunissent généralement de cinq à six personnes appelées à exprimer spontanément leurs opinions et leur expériences. L'interviewer oriente la discussion selon la liste des thèmes ou d'après un ensemble de questions. L'entrevue de groupe à l'avantage d'être efficace et de susciter un dialogue riche de sens » (p.298).

**Entrevue semi-structurée** : « entrevue dans laquelle le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que de questions précises à poser » (p.297).

**Essai clinique aléatoire** : « essai expérimental complet d'un nouveau traitement, reposant sur l'affectation aléatoire des participants à des groupes de traitement et, en règle générale, sur un échantillon diversifié de grande taille... » (p.243).

**Fiabilité** : « critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative, renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (p.340).

**Fidélité de test-retest** : « évaluation de la constance d'un instrument effectuée en mettant en corrélation les scores obtenus au cours d'administrations répétées » (p.330).

**Généralisabilité** : « degré auquel les méthodes de recherche utilisées permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des sujets ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la population à partir de l'échantillon » (p.47).

**MeSH** =(Medical Subjects Heading) : « thésaurus de vocabulaire contrôlé, utilisé pour indexer les articles de la base de données Pubmed » [traduction personnelle]. Source : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

**Méta-analyse** : « technique d'intégration quantitative des résultats de plusieurs études sur un sujet donné » (p.150).

**Métasynthèse** : « récits généraux, généralisations ou traductions interprétatives produits à partir de l'intégration ou de la comparaison des conclusions de nombreuses études qualitatives » (p.151).

**Méthode de la théorisation ancrée de Glaser et Strauss** : « le concept de conformité est un élément important de l'analyse fondée sur la théorisation ancrée de Glaser et Strauss. Il s'agit d'un processus destiné à cerner les caractéristiques d'une donnée et à les comparer à celles d'une autre donnée pour en déterminer l'éventuelle similarité. Connexions entre les catégories : 18 familles de codes. Résultats : théorie qui émerge (découverte) » (p.415 et p.419).

**Méthode de la théorisation ancrée de Strauss et Corbin** : « l'approche de Strauss et Corbin (1998) en théorisation ancrée diffère de celle de Glaser et Strauss pour ce qui est de la méthode et des résultats. Connexions entre les catégories : Modèle du paradigme (situations, contexte, actions/stratégies interactionnelles et conséquences). Résultats : description conceptuelle (vérification) » (p.418-419).

**Moyenne** : « le terme moyenne est habituellement utilisé pour désigner la tendance centrale. Tendance centrale = indice statistique illustrant la valeur la plus représentative d'un ensemble de scores et provenant du centre de la distribution » (p.359).

**p** : « dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard. Un écart entre les groupes de la taille observée ne peut se produire fortuitement... seulement 25 fois sur 1000  $p=0.025$  » (p.373).

**Paradigme** : « façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche » (p.15).

**Recherche qualitative** : « analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple » (p.17). (=étude qualitative)

**Recherche quantitative** : « analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré » (p.17). (=étude quantitative).

**Répartition aléatoire** : « affectation des sujets à différents traitements, de façon aléatoire (c'est-à-dire d'une façon déterminée uniquement par le hasard) ; on emploie aussi le terme randomisation » (p.185).

**Saturation** : « dans une étude qualitative, collecte de données effectuée jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante » (p.64).

**Séance d'échange entre pairs** : « rencontre avec des pairs, destinée à examiner et à analyser différents aspects d'une étude, la plupart du temps qualitative » (p.339).

**Significatif sur le plan statistique** : « expression indiquant que les résultats ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité » (p.372).

**Statistique descriptive** : « statistique utilisée pour décrire et résumer des données (moyenne arithmétique, écart-type, par exemple) » (p. 356).

**Test du ki carré** : « test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal » (p.378).

**Test t** : « test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes arithmétiques » (p.374).

**Test U de Mann-Whitney** : « vérifier la différence entre les rangs de scores de deux groupes indépendants » (p.380).

**Thèmes** : « sujet récurrent qui émerge régulièrement de l'analyse de données qualitatives. Entité abstraite qui donne un sens et une identité à une expérience et à ses différentes manifestations » (p.407).

**Théorisation ancrée** : « approche qualitative destinée à élaborer des théories et des propositions théoriques enracinées dans des observations du monde réel » (p.227).



**Transférabilité** : « degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes ; terme souvent utilisé en recherche qualitative et analogue au terme *généralisabilité* dans une étude quantitative » (p.341).

**Triangulation** : « utilisation de plusieurs méthodes pour recueillir et interpréter des données portant sur un phénomène de façon à converger vers une représentation exacte de la réalité » (p.44).

**Validité** : « degré auquel un instrument mesure ce qu'il doit mesurer » (p.333).

**Validité de contenu** : « degré auquel les énoncés d'un instrument représentent comme il se doit l'univers de contenu lié au concept mesuré » (p.334).

**Variable** : « caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs » (p.36).

**Variable indépendante** : « variable qui, d'après le chercheur, est à l'origine de la variable dépendante ou influe sur celle-ci ; dans une recherche expérimentale, variable manipulée (traitement) » (p.37).

**Variable dépendante** : « variable qui, suppose-t-on, dépend d'une autre variable ou peut être déterminée par une autre variable (indépendante) ; variable des résultats étudiée » (p.37).

**Vérification par les participants** : « méthode de validation de la crédibilité des données qualitatives par l'entremise de séances d'information et de conversations avec les participants » (p.339).

Annexe III : Glossaire non méthodologique :

**Coping** : « se traduit par « faire face à »... . C'est un nouveau mode pour décrire le comportement, et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation » (Chabrol, 2013, p.4).

**Dépression** : « état mental qui se caractérise par de la tristesse, du désespoir et un pessimisme général ; peut s'accompagner de symptômes somatiques » (Townsend, 2010, p.414).

**Effet Werther** : « Des études observent en moyenne une hausse du taux de suicide de 2.5% suite à la forte médiatisation d'un cas de suicide. On appelle ce phénomène l'effet Werther en référence à l'augmentation dramatique des suicides par arme à feu en Europe suite à la publication de l'œuvre classique de Goethe *Les souffrances du jeune Werther* au 18<sup>ème</sup> siècle, dont le héros se suicide à l'aide d'une arme à feu après une déception amoureuse » (Stop Suicide. *Les médias et l'effet d'imitation.*).

**Facteurs de risque** : « Un facteur de risque est une situation sociale ou économique, un état biologique ou un comportement qui peut engendrer une vulnérabilité plus grande à l'égard de problèmes de santé ou de la maladie » (Kozier, 2012, p.168).

**Insomnie** : « Incapacité d'avoir un sommeil en quantité suffisante ou de qualité adéquate » (Kozier, 2012, p.G-18).

**Maladie chronique** : « Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement »  
(OMS, [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)).

**Nosographie** : « la nosographie désigne la classification des différentes maladies »  
(<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/37491-nosographie-definition>).

**Psychoéducation** : « intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face »  
(<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714003801?via=sd>).

**Santé émotionnelle :**

La santé émotionnelle est difficile à définir, puisque l'équilibre qui la compose est unique à chaque individu et varie d'une culture à l'autre. Dans certaines cultures, parler ouvertement de ses expériences émotionnelles est encouragé, alors que dans d'autres ce peut être mal vu. La santé émotionnelle, c'est l'équilibre entre les

divers aspects de votre vie : votre bien-être physique, mental, émotionnel, spirituel et sexuel. Elle peut être rehaussée par l'amour, l'amitié, le soutien social et le sentiment d'appartenance à votre communauté. (La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C, (S.d.), Le VIH et le bien-être émotionnel)

**Santé mentale** : « l'adaptation réussie aux agents stressants de l'environnement interne ou externe, mise en évidence par des pensées, des émotions et des comportements adaptés à l'âge et conformes aux normes locales et culturelles » (Townsend, 2010, p.17).

**Schizophrénie** : « affection qui dure au moins 6 mois et inclut au moins 1 mois de symptômes de la phase active (c.-à.-d. deux (ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs) » (DSM-IV-TR, 2003, p.344).

**Stigmatisation :**

Réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants. Les personnes à la source de la stigmatisation éprouvent des sentiments de gêne et de ressentiment, et manifestent des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet. (Contre la stigmatisation, (S.d.), documents à télécharger)

**Toxicomanie** : « les troubles... de toxicomanie appartiennent à l'une ou l'autre des deux catégories suivantes : l'abus de substances... et la dépendance à une ou à plusieurs substances » (Townsend, 2010, p.361).

**Trouble bipolaire** : « Trouble se caractérisant par des alternances de profonde dépression et d'euphorie extrême (manie), entrecoupées de périodes de normalité ; peut ou non s'accompagner de symptômes psychotiques » (Towsend, 2010, p.414).

**Trouble de l'humeur** : « dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), on décrit les troubles de l'humeur surtout comme des perturbations qui se caractérisent par un syndrome maniaque, total ou partiel, ou par un syndrome dépressif qui ne peut pas être attribué à d'autres troubles mentaux (Townsend, 2010, p.418).

**Trouble de la personnalité limite** : «Le trouble de la personnalité limite se caractérise par l'impulsivité ainsi que par une image de soi, une affectivité et des relations interpersonnelles instables » (Townsend, 2010, p.603-604).

Annexe IV : Inventaire de la dépression de Beck

Cette échelle d'évaluation de la dépression de Beck (p.68-69 de ce Travail de Bachelor) est tirée du Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie, 2015, Echelles et questionnaires.

- A**
- 0 Je ne me sens pas triste
  - 1 Je me sens cafardeux ou triste
  - 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
  - 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
- B**
- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
  - 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
  - 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
  - 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer
- C**
- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
  - 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
  - 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
  - 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)
- D**
- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
  - 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
  - 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
  - 3 Je suis mécontent de tout
- E**
- 0 Je ne me sens pas coupable
  - 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
  - 2 Je me sens coupable
  - 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien
- F**
- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
  - 1 Je suis déçu par moi-même
  - 2 Je me dégoûte moi-même
  - 3 Je me hais
- G**
- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
  - 1 Je pense que la mort me libérerait
  - 2 J'ai des plans précis pour me suicider
  - 3 Si je le pouvais, je me tuerais
- H**
- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
  - 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
  - 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
  - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

- I** 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume  
1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision  
2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions  
3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
- J** 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant  
1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux  
2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux  
3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant
- K** 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant  
1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose  
2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit  
3 Je suis incapable de faire le moindre travail
- L** 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude  
1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude  
2 Faire quoi que ce soit me fatigue  
3 Je suis incapable de faire le moindre travail
- M** 0 Mon appétit est toujours aussi bon  
1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude  
2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant  
3 Je n'ai plus du tout d'appétit

**Résultats : le score varie de 0 à 39**

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

**Références :**

Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.  
Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.

Annexe V : Echelle de désespoir de Beck

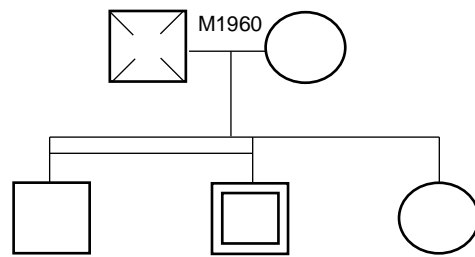
Cette échelle de désespoir de Beck est tirée de Blackburn, Y. M., & Cottraux, J., 2008, *Psychothérapie cognitive de la dépression*.

« Neuf items reflètent le pessimisme s'ils sont cotés faux et onze items le reflètent s'ils sont cotés vrais. On attribue la note 1 aux items 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 s'ils sont cotés « vrais » et aux items 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 s'ils sont cotés « faux ».



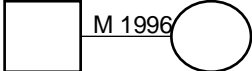
	Vrai	Faux
1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme		
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi		
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours		
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans dix ans		
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire		
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi		
7. Mon avenir me semble sombre		
8. Je m'attends à avoir, dans la vie, plus de bonnes choses que la moyenne des gens		
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raisons de croire que j'en aurai dans le futur		
10. Mon expérience passée m'a préparée parfaitement pour le futur		
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir		
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus		
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux(se) que maintenant		
14. Les choses ne sont pas comme je veux		
15. J'ai foi en l'avenir		
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit		
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur		
18. L'avenir me semble vague et incertain		
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments		
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas		

Attention, selon les travaux de Beck, un score de 13 prédit l'éventualité proche d'une tentative de suicide. »

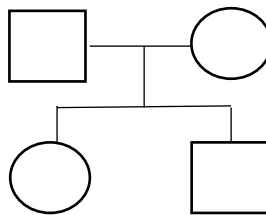
Annexe VI : Exemple de génogramme

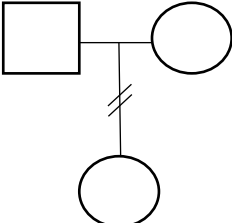
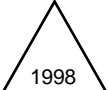


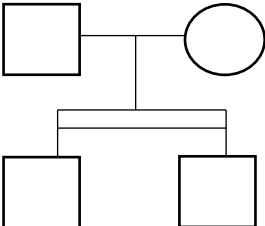



Les symboles du génogramme (Wright, 2007, p.89) :

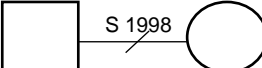
Homme  Femme  Mariage (M) ou union de fait (UF) 

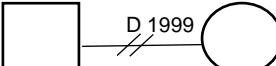
Enfants : ordre de naissance (en commençant à gauche, par l'aîné)



Adoption  Fausse couche ou avortement (indiquer l'année) 

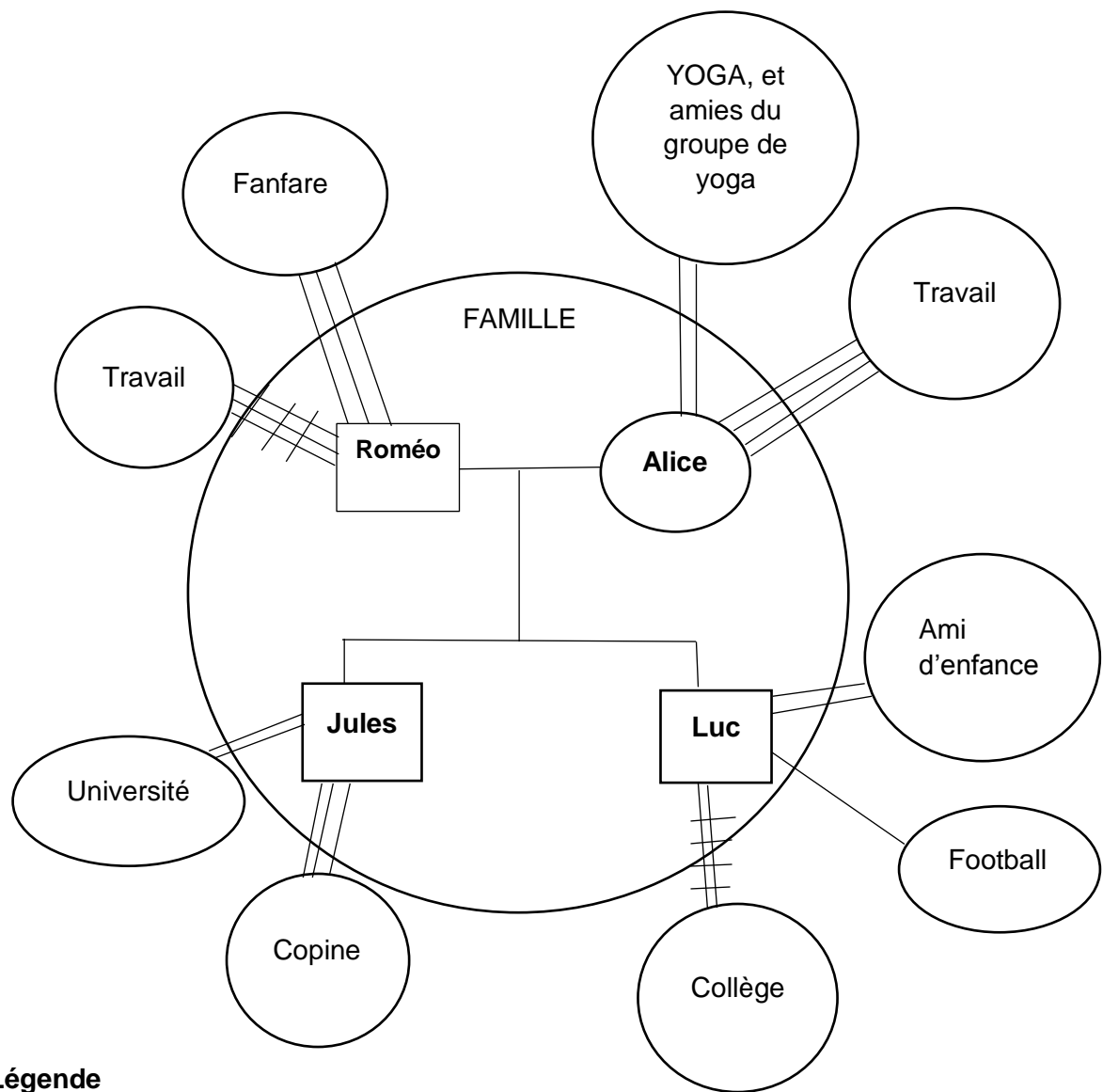
Jumeaux  Personne identifiée (PI)    
Décès (indiquer l'année) 

Séparation (indiquer l'année) 

Divorce (indiquer l'année) 

Annexe VI : Exemple d'écocarte

Exemple d'écocarte inspiré de l'écocarte de la famille Dubois (Wright, 2007, p.99).



**Légende**

- Liens très faibles —
- Liens faibles ==
- Liens moyennement forts ===
- Liens très forts ====
- Liens précaires - - -
- Liens conflictuels +++